



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE
PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024**

www.bdigital.ula.ve

Autoras:

Contreras Germany, Fernández Evelyn

Tutor:

Prof. Rafael, Maldonado

MÉRIDA-2025



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE
PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.**

EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024

Trabajo de Grado como requisito para optar al Grado de Licenciado en Enfermería

Autoras:

Contreras Germany, Fernández Evelyn

Tutor:

Prof. Rafael, Maldonado

MÉRIDA-2025

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Rafael Maldonado**. C.I: hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado titulado: **EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024.** Presentado por las ciudadanas **Contreras Germery CI: 26.439.558 y Fernández Evelyn CI: 26.765.307** para optar al Grado de Licenciado en Enfermería y acepto asesorar a las tesoristas en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo y presentación del Trabajo de Grado.

Tutor: Lcdo. Rafael Maldonado

C.I: 18.499.885

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PÁGINA DE APROBACIÓN

JURADO PRINCIPAL

FIRMA

Nombre _____

C.I. _____

JURADO PRINCIPAL

FIRMA

Nombre _____

C.I. _____

JURADO PRINCIPAL

FIRMA

Nombre _____

C.I. _____

FECHA DE APROBACIÓN

DÍA

MES

AÑO

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, fuente infinita de luz, sabiduría y fortaleza, por guiarnos con su energía universal en cada paso de este recorrido, iluminando incluso los momentos más inciertos y regalándonos la serenidad necesaria para culminar este trabajo.

A nuestros padres: Doris Salcedo, Geraldine Santos y Jorge Contreras, verdaderos pilares de amor incondicional y apoyo constante. Gracias por creer en nosotras incluso cuando dudamos, por sus palabras de aliento, sus silencios comprensivos y su presencia firme en cada etapa de nuestro crecimiento personal y profesional. Los amamos con el alma.

A nuestros seres queridos: Andrés Contreras, Aida Ramírez, Miguel Salcedo y Zoraida Gómez; a nuestros amigos entrañables y a nuestros profesores, quienes con paciencia, generosidad y compromiso nos acompañaron en este camino lleno de desafíos. Su apoyo ha sido un faro en los días difíciles y un impulso en los momentos decisivos.

A quienes partieron antes de tiempo: María Dolores Paredes, José Pancracio Salcedo, Jorge Nabor Contreras y José Gerardo Santos. Su recuerdo vive en nuestros corazones y su presencia invisible nos acompaña y fortalece en cada logro. Este trabajo también es por y para ustedes.

A nuestro tutor por su orientación y asesoría durante el desarrollo de este trabajo de investigación. Su acompañamiento, observaciones oportunas y compromiso académico fueron fundamentales para la culminación de este proyecto.

Y, por último, a todas las personas que, de una u otra forma, nos tendieron su mano en este recorrido: gracias por sus palabras de aliento, por cada enseñanza compartida y por estar presentes, incluso en silencio, en los momentos de mayor exigencia. Su apoyo fue refugio, impulso y compañía invaluable. Este logro no nos pertenece únicamente a nosotras; también es de cada uno de ustedes, que con amor, fe y generosidad formaron parte de este camino.

A todos, mil veces gracias. Cada palabra escrita, cada meta alcanzada, lleva el eco de su amor y compañía.

DEDICATORIA

A la Escuela de Enfermería de la Ilustre Universidad de Los Andes, lugar donde sembramos nuestras primeras raíces como profesionales de la salud. Más que un espacio académico, fue nuestro segundo hogar, donde aprendimos que la enfermería no solo se trata de ciencia y técnica, sino de vocación, sensibilidad y humanidad. Cada clase, cada guía, cada experiencia compartida nos formó con firmeza y ternura, forjando en nosotras el compromiso y la ética que hoy nos definen.

Al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, escenario vivo de nuestro aprendizaje práctico y humano, donde cada jornada nos confrontó con la realidad del sistema de salud y nos permitió comprender el verdadero significado del servicio. En especial, el servicio de emergencia obstétrica se convirtió en una escuela de vida, en la que la entrega, la prontitud y la empatía se volvieron herramientas esenciales. Gracias por permitirnos descubrir, en medio de la urgencia y la complejidad, la belleza de acompañar, aliviar y cuidar con responsabilidad y vocación.

Y, muy especialmente, esta tesis la dedicamos a nosotras mismas. A esas versiones jóvenes e inexpertas que, con ilusión y valentía, se atrevieron a soñar con este momento, sin saber todo lo que implicaría alcanzarlo. A quienes fuimos en los días de incertidumbre, en las madrugadas de estudio, en los silencios llenos de dudas y en las lágrimas que nadie vio. A esas mujeres que, a pesar del cansancio, siguieron adelante, aferrándose al propósito con el alma y el corazón.

Cada renuncia, cada noche de insomnio, cada desafío superado nos ha esculpido. Este logro es mucho más que una meta académica: es la prueba viva de nuestra resiliencia, de nuestra capacidad de transformación y del amor inquebrantable que sentimos por esta vocación que elegimos. Hoy, nos miramos con orgullo y ternura, sabiendo que hemos llegado hasta aquí por nosotras, por nuestra fuerza y por la decisión de no rendirnos nunca.

ÍNDICE GENERAL

	P.P
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLA	x
CAPÍTULO I	17
EL PROBLEMA.....	17
1.1 Planteamiento del Problema	17
1.2 Objetivos de la Investigación.....	25
1.2.1 <i>Objetivo General</i>	25
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	25
1.3 Justificación e importancia de la investigación	26
1.4 Alcances y limitaciones	28
1.6 Consideraciones éticas	29
CAPÍTULO II	32
MARCO TEÓRICO.....	32
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	32
2.2 Bases teóricas.....	40
2.2.1 <i>Intervención Educativa</i>	40
	vii

2.2.2 Preeclampsia:	41
2.2.3 Clasificación:	45
2.2.4 Métodos de diagnósticos:	46
2.2.5 Tratamiento.....	50
2.2.6 Exámenes de laboratorio.....	55
2.2.7 Cuidados de enfermería en pacientes preeclámpicas.....	57
2.2.8 Manejo de la Preeclampsia sin Signos de Severidad	62
2.2.9 Manejo de la Preeclampsia con Signos de Severidad.....	63
2.3 Teoría de Patricia Benner.....	64
2.4 Bases legales	66
Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.....	66
Ley orgánica sobre el derecho de la mujer a una vida libre de violencia	68
CAPÍTULO III.....	69
MARCO METODOLÓGICO.....	69
3.1 Enfoque de la investigación	69
3.2 Tipo y diseño de la investigación.....	69
3.3 Población muestral, muestra y muestreo	71
3.4 Hipótesis de la investigación	72
3.6 Técnica e instrumento para la recolección de datos.....	74

3.8 Procedimiento para la recolección de los datos	80
CAPÍTULO IV	84
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	84
CAPÍTULO V	119
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	119
5.1 CONCLUSIONES	119
5.2 RECOMENDACION	121

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLA

Tabla N° 1 Síntomas y Signos de la preeclampsia con y sin datos de severidad.....	46
Tabla N° 2 <i>Criterios diagnósticos de la preeclampsia</i>	49
Tabla N° 3 Indicaciones de infusión con Sulfato de Magnesio para THE	51
Tabla N° 4 Tratamiento farmacológico de preeclampsia sin datos de severidad y con datos de severidad	53
Tabla N° 5	56
Tabla N° 6 <i>Operacionalización de la variable</i>	73
Tabla N° 7 <i>Validez de contenido del cuestionario “Eficacia de una intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpticas dirigida al profesional de Enfermería. Emergencia Obstétrica – IAHULA, Mérida 2025”</i>	78
Tabla N° 8 <i>Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach</i>	80
Tabla N° 9 <i>Características sociodemográficas de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025</i>	84
Tabla N° 10 <i>Datos académicos de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025</i>	85
Tabla N° 11 <i>Datos laborales de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025</i>	86
Tabla N° 12 <i>Conocimiento sobre los conceptos básicos de preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025</i>	89

Tabla N° 13 Conocimiento sobre la clasificación de preeclampsia y exámenes de laboratorio que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025.....	92
Tabla N° 14 Conocimiento sobre los métodos diagnósticos en la preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025.....	94
Tabla N° 15 Conocimiento sobre el tratamiento de la preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025.....	96
Tabla N° 16 Conocimiento sobre el tratamiento de la preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025.....	97
Tabla N° 17 Nivel de Conocimiento después de aplicar la intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas que posee el profesional de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025.....	100
Tabla N° 18 Prueba T Student para comparar el conocimiento pre y post intervención sobre los cuidados enfermeros en usuarias con preeclampsia. IAHULA. Mérida, 2025	101
Tabla N° 19 Valoración práctica de las pacientes con preeclampsia que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025	101
Tabla N° 20 Praxis en el manejo hospitalario de bajo riesgo (preeclampsia sin signos de severidad que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2025.....	106
Tabla N° 21 Praxis según el nivel de riesgo (preeclampsia con signos de severidad) que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025.....	109

Tabla N° 22 <i>Praxis de los cuidados enfermeros al final de la gestación en pacientes con trastornos hipertensivos que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025.....</i>	113
Tabla N° 23 <i>Praxis de los cuidados enfermeros en la administración de medicamentos en pacientes con preeclampsia. IAHULA. Mérida, 2025</i>	115
Tabla N° 24 <i>Prueba de Wilcoxon para comparar la práctica en el pre y post intervención sobre los cuidados enfermeros en usuarias con preeclampsia. IAHULA. Mérida, 2025.....</i>	117

www.bdigital.ula.ve



Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024.

Autoras: Contreras Gernary, Fernández Evelyn

Tutor: Prof. Rafael Maldonado

RESUMEN

Según la OMS (2023), la mortalidad materna atribuida a la preeclampsia es una de las principales causas de fallecimiento durante el embarazo, el parto y el puerperio, y puede prevenirse mediante un adecuado manejo de la condición. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre el manejo de pacientes con preeclampsia dirigida al personal de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, Mérida 2024. **Metodología:** Se realizó con un enfoque cuantitativo, bajo un diseño cuasi - experimental, de preprueba /posprueba con un solo grupo de corte longitudinal. La población de estudio consistió en 45 enfermeros, se realizó un muestreo por conveniencia, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión, quedando como muestra 30 enfermeros. Para el análisis estadístico se empleó la estadística descriptiva a fin de determinar las frecuencias absolutas, porcentajes y estadística inferencial el programa estadístico SPSS. **Resultados,** se obtuvo: grupo de edad con mayor prevalencia 36-42 años (36,7%), predominancia del género femenino (96,7%), el nivel académico con mayor superioridad fue Licenciado en Enfermería (83,3%), mientras el (93,3%) no ha participado en programas de formación. Los años de servicio predominante se encontró entre 6 a 10 años y 11 a 15 años (26,7%), los años de servicio en la EO el mayor número se ubicó entre 1 a 5 años (26,7%), la mayoría trabaja en el turno nocturno (43,3%), el (63,3%) no aplican guías o protocolos de cuidados en la jornada laboral. Se evidencia un nivel de conocimiento medio con (86,6%) antes de la aplicación de la intervención, luego de aplicar la posprueba aumento el nivel de conocimiento al (90%). **Se concluye,** la prueba de T de student para muestras relacionadas, se encontró que existen diferencias estadísticas estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento pre y post al aplicar la intervención educativa ya que el p-valor es menor de 0,05.

Palabras claves: Mortalidad materna, Preeclampsia, Intervención educativa, Enfermería



Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024.

Autores: Contreras Gernary, Fernández Evelyn

Tutor: Prof. Rafael Maldonado

ABSTRACT

According to the WHO (2023), maternal mortality attributed to preeclampsia is one of the leading causes of death during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, and can be prevented through proper management of the condition. **Objective:** To evaluate the effectiveness of an educational intervention on the management of patients with preeclampsia aimed at the nursing staff of the obstetric emergency department at IAHULA, Mérida, in 2024. **Methodology:** A quantitative approach was used, under a quasi-experimental design with a pretest/posttest and a single group in a longitudinal cut. The study population consisted of 45 nurses. A convenience sampling was carried out, taking into account inclusion and exclusion criteria, resulting in a sample of 30 nurses. For statistical analysis, descriptive statistics were used to determine absolute frequencies, percentages, and inferential statistics through the SPSS statistical program. **Results:** The most prevalent age group was 36–42 years (36.7%), with a predominance of females (96.7%). The highest academic level was a Bachelor's degree in Nursing (83.3%), while 93.3% had not participated in training programs. The predominant years of service ranged between 6 to 10 and 11 to 15 years (26.7%), while the majority had 1 to 5 years of service in the obstetric emergency department (26.7%). Most worked the night shift (43.3%), and 63.3% did not apply care guidelines or protocols during their work shift. A medium level of knowledge was evident in 86.6% before the intervention; after the posttest, the level of knowledge increased to 90%. **Conclusion:** The paired Student's t-test showed statistically significant differences between pre- and post-intervention knowledge levels, as the p-value was less than 0.05.

Keywords: Maternal mortality, Preeclampsia, Educational intervention, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La enfermería como arte, profesión y ciencia requiere de la mayor preparación, dedicación y entrega en pro del bienestar de quienes estén confiados a su cuidado, con sentido de pertenencia y principios de responsabilidad que conlleven al profesional a ser más sensible y capaz de realizar las actividades propias en torno a la profesión.

La enfermería obstétrica forma parte de una de las áreas con mayor demanda en atención sanitaria, pues ejerce el cuidado en torno a dos vidas de manera directa e indirecta, de allí que, de la calidad del conocimiento y habilidades que tenga el profesional dependerá la evolución o involución de las usuarias que ingresen a dicha unidad. Si bien es cierto, el personal enfermero posee una gran demanda y exigencia a nivel laboral, de allí que, debe estar en continua preparación con el fin de poder afrontar cualquier emergencia que se presente en el área a la cual desempeña su trabajo.

En consecuencia, el o la enfermera se enfrenta diariamente a múltiples patologías que pueden estar o no asociadas al embarazo, dentro de la presente investigación se hace énfasis en la preeclampsia (PE), siendo este un trastorno hipertensivo del embarazo que aparece a partir de la veinteava semana de gestación y que puede durar seis (6) semanas post parto, esta patología es caracterizada por cifras tensionales elevadas que pueden tener o no criterio de severidad, convirtiéndose en una enfermedad multisistémica que puede llegar a ser mortal. La Organización Mundial de la Salud OMS (2019), refiere que “20% de las muertes maternas son provocadas por problemas hipertensivos”. En este sentido, enfermería juega un papel crucial en la prevención de este tipo de situaciones, ya que, a partir de la educación para la salud, la gestante diagnosticada con preeclampsia puede llevar un estilo de vida que coadyuve a la mejora de hábitos previos al

diagnóstico actual, llevando consigo una forma de vida mucho más saludable, además de llevar un adecuado control gestacional. Esto nos hace ratificar que el cuidado es por tanto la esencia de dicha profesión, instaurando en ella la rapidez, eficacia, además de la atención oportuna y permanentemente en cada una de las usuarias y por tanto al producto de la gestación.

Finalmente, en relación a todo lo mencionado resulta interesante saber cómo una intervención educativa al personal de enfermería pueda arrojar datos significativos en relación a si los años de servicio, el grado de instrucción y otros factores resultan relevantes en la atención de mujeres preeclámpticas dentro del área de la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

En tal sentido, la investigación se estructuro en cinco (5) capítulos, el capítulo I: El problema, donde se describe el planteamiento, justificación, objetivo general y específicos. El capítulo II: Marco teórico, comprende antecedentes, bases teóricas. El capítulo III: El marco metodológico que incluye, enfoque, tipo y diseño de la investigación, población y muestra, operacionalización de la variable, sistema de hipótesis, procedimiento de análisis de los datos. El capítulo IV: Presentación y análisis de los resultados y por el ultimo el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Durante el embarazo la gestante experimenta múltiples cambios asociados a el proceso fisiológico para el cual está capacitada, no solo se evidencian modificaciones físicas sino también, cambios a nivel emocional e incluso social, todos estos cambios resultan favorables para la mujer cuando no generan un impacto negativo sobre su salud; sin embargo, existen factores de riesgo directos o indirectos a la gestación que pueden afectar el bienestar de la diada materno- fetal, tal como lo son los trastornos hipertensivos del embarazo.

En este sentido, los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones más comunes durante el proceso de gestación y puerperio, la preeclampsia (PE) forma parte de uno de estos trastornos, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO (2020) en su guía de asistencia práctica trastornos hipertensivos en la gestación define la preeclampsia como una “HTA de nueva aparición después de las 20 semanas asociada a al menos uno de los siguientes criterios: proteinuria, disfunción orgánica materna y disfunción útero placentaria” (SEGO, 2020, pág. 246). Partiendo de esto, dicha patología se caracteriza por un aumento significativo de la presión arterial y daño a órganos vitales como los riñones, el hígado y el cerebro. Además, puede llegar a desencadenar complicaciones graves como la eclampsia, síndrome de HELLP y edema pulmonar. Este trastorno hipertensivo afecta a un porcentaje

significativo de gestantes a nivel mundial, representando una de las principales causas de morbilidad materno- fetal.

Por su parte, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO (2019) “La preeclampsia es responsable de aproximadamente 76,000 muertes maternas y 500,000 muertes neonatales cada año” (FIGO, 2019, párr. 1). En consecuencia, estas cifras reflejan la gravedad del asunto y la urgente necesidad de abordarlo para evitar sus complicaciones potenciales.

En este mismo orden de ideas, la identificación temprana y la intervención adecuada de la preeclampsia son fundamentales, no sólo para prevenir las complicaciones asociadas a esta condición, sino también para reducir el impacto que genera a nivel de salud la demanda de atención a este tipo de pacientes. La prevención y tratamiento temprano de la preeclampsia pueden evitar que la patología progrese a formas más agresivas como la eclampsia, la cual involucra convulsiones, o el síndrome de HELLP, que pone en riesgo la vida tanto de la madre como la del feto por complicaciones multisistémicas.

Por su parte, el manejo adecuado de la preeclampsia requiere de personal capacitado, lo que resalta la importancia de la formación continua del personal de salud debido a que, por medio de la preparación profesional se crean entornos laborales seguros, saludables y sobre todo efectivos, así como también, se permite la identificación de fortalezas, debilidades y oportunidades para mejorar la atención en salud de las pacientes en los sistemas sanitarios. En el caso del profesional en enfermería, representan la mayor parte del recurso humano dentro de las instituciones hospitalarias y su labor está íntimamente ligada a un buen desenlace del embarazo, ya que es el puente entre la gestante y el sistema de salud. Esto posiciona al profesional de

enfermería como un factor clave en la prevención de complicaciones maternas y fetales, pues su intervención temprana puede marcar la diferencia en la calidad de vida de la paciente.

En relación a lo mencionado, en muchas instituciones de salud se ha identificado la importancia de fortalecer la capacitación del personal de salud, y en este caso, el profesional de enfermería, para el manejo de esta patología. Una intervención educativa adecuada mejora la capacidad del personal para identificar los primeros signos de preeclampsia, realizar un monitoreo adecuado y, lo más importante, aplicar los tratamientos de manera oportuna, ya que el padecimiento de este tipo de trastorno hipertensivo supone un problema de salud mayor. En este sentido, la atención y el apoyo inmediato por parte del sistema sanitario pueden mejorar la calidad de vida de las pacientes mediante el abordaje temprano, cuidados e intervenciones adecuadas para la reducción de riesgos. Sin embargo, en contraposición la falta de capacitación del personal de salud puede prolongar la detección de la enfermedad, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones.

En el contexto de la emergencia obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) en Mérida, se ha identificado la urgente necesidad de fortalecer la capacitación y actualización del personal de enfermería en el manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente la preeclampsia. Este hospital, siendo el principal centro de referencia en la región andina, recibe un alto volumen de pacientes provenientes de distintos municipios del estado Mérida y de entidades cercanas como Zulia, Táchira, Trujillo y Barinas, lo que incrementa la demanda de atención especializada y pone a prueba la capacidad del personal sanitario.

El análisis de los ingresos a la emergencia obstétrica del IAHULA en los últimos años evidencia la magnitud del problema. Entre 2018 y 2024, se han atendido miles de pacientes con patologías obstétricas, de las cuales un porcentaje significativo presentaba preeclampsia con signos de severidad. En 2018, se registraron 255 casos de preeclampsia con signos de severidad y 97 de hipertensión gestacional, con un total de 7.064 ingresos obstétricos. En los años siguientes, aunque el número total de ingresos fue disminuyendo, la presencia de casos de preeclampsia con signos de severidad continuó siendo preocupante, con 248 en 2019, 326 en 2020 de la cual una madre murió, 176 en 2021 de las cuales cuatro fallecieron, 217 en 2022 y 127 en 2023 de las cuales cuatro murieron. En lo que fue el periodo de 2024, se registraron 99 casos de preeclampsia con signos de severidad y 49 de otros trastornos hipertensivos del embarazo, lo que representa una proporción significativa del total de ingresos obstétricos con una cifra de 2055 usuarias.

Estos datos reflejan que, a pesar de la disminución general de los ingresos hospitalarios, los casos de preeclampsia con signos de severidad persisten como un problema relevante en la atención obstétrica. La preeclampsia, cuando no es diagnosticada y tratada oportunamente, puede evolucionar a complicaciones graves como eclampsia, síndrome de HELLP o insuficiencia multiorgánica, aumentando el riesgo de mortalidad materna y fetal. En este sentido, la correcta actuación del personal de enfermería es crucial para la detección temprana de signos de alarma y la implementación de medidas terapéuticas oportunas.

Sin embargo, en muchos casos, la falta de formación actualizada puede limitar la capacidad del personal de enfermería para brindar una atención óptima a estas pacientes. De no implementarse una capacitación continua, no solo se comprometería la calidad del cuidado, sino

que también se afectaría la eficiencia del sistema de salud, incrementando las complicaciones y prolongando los tiempos de hospitalización. Por ello, resulta imperativo que las instituciones de salud, como el IAHULA, establezcan programas de formación específicos que aborden tanto los aspectos técnicos de la enfermedad como las mejores prácticas de comunicación y educación con las pacientes.

En este contexto, la presente investigación busca evaluar cómo la capacitación del personal de enfermería mediante intervenciones educativas puede mejorar el conocimiento y la práctica clínica en el manejo de la preeclampsia, contribuyendo así a la reducción de complicaciones maternas y neonatales. La implementación de estrategias de educación continua no solo fortalecería las competencias del personal de salud, sino que también optimizaría los procesos de atención en la emergencia obstétrica del IAHULA, beneficiando directamente a las pacientes y mejorando los indicadores de salud materna en la región.

Ahora bien, la capacitación continua en el manejo de la preeclampsia permite al personal de enfermería no solo aplicar de manera adecuada los tratamientos recomendados, como la administración de antihipertensivos, el uso de sulfato de magnesio en ciertos casos, y la evaluación continua del bienestar materno fetal. También le permite hacer uso de criterio clínico sobre dichas intervenciones. En situaciones de emergencia, el personal capacitado puede reconocer rápidamente los signos de deterioro en la salud materna y fetal, lo que facilita una intervención más rápida y efectiva. En este sentido, el manejo adecuado de la preeclampsia no solo depende de la identificación temprana de los signos y síntomas, sino también de la capacidad del personal de enfermería para cumplir los protocolos de atención establecidos de manera oportuna y en pro de la salud de las usuarias. Este cumplimiento de protocolos, aunado a

la capacidad crítica del enfermero, puede transformar un caso de riesgo en una intervención exitosa, reduciendo drásticamente las tasas de mortalidad materna e infantil.

En Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para la Salud MPPS emitió el Protocolo de Atención y Cuidados Prenatales (2013), el cual incluye pautas para el manejo de trastornos hipertensivos. Sin embargo, la implementación de estos protocolos varía según la capacitación del personal y las pautas establecidas por cada institución. Es vital que el MPPS, en conjunto con las instituciones de salud, establezca un plan más robusto para asegurar que todos los profesionales de enfermería en el país reciban formación continua y puedan aplicar estos protocolos con eficacia. La variabilidad en la implementación de los protocolos puede generar desigualdades en la atención prestada a las gestantes, lo que podría resultar en complicaciones prevenibles.

La necesidad de implementar métodos educativos dentro de las instituciones de salud es urgente, capacitar al personal de enfermería no solo les permite mejorar sus habilidades clínicas, sino también les permite, adquirir nuevos saberes ampliando así su conocimiento científico, mientras más formados estén mejor servicio de cuidados ofrecerán, además que, fortalecerán su capacidad para educar a las gestantes sobre los riesgos asociados a la preeclampsia y la importancia del control prenatal.

Del mismo modo, al instruir a las pacientes, se genera un efecto multiplicador, ya que son ellas quienes, a su vez, pueden ser agentes de cambio al difundir información clave entre sus círculos sociales y familiares. Según la Organización Mundial para la Salud OMS (2016) “a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo” (párr. 2). Esto haría pensar que solo una parte de la población tiene acceso a los

sistemas de salud pública, además que, este dato pone de manifiesto las barreras económicas, culturales y logísticas que limitan el acceso de muchas mujeres a los servicios de salud, lo que reduce las posibilidades de diagnóstico y tratamiento temprano de condiciones como la preeclampsia. Esto hace aún más urgente la intervención educativa, que debe abarcar tanto a profesionales de salud como a pacientes, para mejorar las tasas de acceso y adherencia al tratamiento.

El profesional de enfermería que labora dentro de las áreas de ginecología y obstetricia tiene una gran responsabilidad, pues debe proveer cuidados entorno a dos vidas: la madre y el bebé. Este desafío requiere que el personal de enfermería no solo se enfoque en el aspecto técnico del manejo de la preeclampsia, sino que también juegue un papel crucial en el apoyo emocional y educativo a las pacientes. Si bien es cierto que es la usuaria quien tiene la potestad de decidir si acude o no a los centros de salud para su control, se hace necesario que el personal de enfermería fomente la importancia del conocimiento frente a los múltiples factores que pueden desencadenar complicaciones durante la gestación. En muchos casos, la falta de conocimiento sobre los riesgos de la preeclampsia y la importancia del control prenatal pueden llevar a las pacientes a subestimar su condición, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves.

En consecuencia, las complicaciones de la preeclampsia, si no se manejan de manera adecuada, pueden derivar en problemas graves tanto para la madre como para el bebé. En este sentido, la mortalidad materna se convierte en una consecuencia y realidad alarmante. Según la OMS (2023) la mortalidad materna relacionada con la preeclampsia es una de las principales causas de muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio, y podría prevenirse mediante la

mejora en la atención y el manejo de la enfermedad. Una intervención educativa dirigida al personal de enfermería podría ser una herramienta esencial para evitar la progresión de esta patología a formas más graves, reduciendo la mortalidad materna e infantil.

En Venezuela, la Organización Panamericana para la Salud OPS en su portal web Salud en las Américas (2022) reportó que “la razón de mortalidad materna en 2020 se estimó en 259,2 muertes por cada 100,000 nacidos vivos lo que representó un incremento de 108,5% del valor esperado” (párr. 9) una cifra alarmante que refleja la necesidad de crear estrategias que coadyuven a disminuir dicha situación. Es esencial que el sistema de salud implemente acciones urgentes para reducir esta tasa, y la capacitación continua del personal de enfermería es una de las intervenciones más efectivas.

Por otro lado, en el Estado Mérida, Contreras, Doria-Medina y Chipia (2020), realizaron una investigación titulada “Descripción de la mortalidad materna en Mérida, Venezuela, entre los años 2013-2018, donde se evidencio que una de las principales causas de muerte materna en la región fueron los trastornos hipertensivos, entre los cuales se encuentra la preeclampsia. Además, más del 66, 33% de las mujeres fallecidas no habían recibido control prenatal adecuado”. Estos datos reflejan las carencias en la atención prenatal y la necesidad de mejorar la capacitación del personal para que pueda detectar y manejar estos trastornos de manera temprana y eficaz. Dicho esto, la mejora en la calidad de los cuidados e intervenciones clínicas es la clave para favorecer la estabilización de las usuarias y evitar complicaciones multisistémicas. Solo con programas de capacitación continua y actualizada será posible ofrecer una atención que minimice los riesgos y salve vidas.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, surge la siguiente interrogante objeto de investigación: ¿Cuál es la eficacia de una Intervención Educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas dirigida al Personal de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Evaluar la Eficacia de una Intervención Educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas dirigida al Profesional de Enfermería, Emergencia Obstétrica-IAHULA, Mérida 2024.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas del Profesional de Enfermería que labora en la Emergencia Obstétrica – IAHULA.
2. Diagnosticar el conocimiento que posee el Profesional de Enfermería sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas, antes de la intervención educativa.
3. Aplicar sistemáticamente una intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas, al profesional de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA.
4. Establecer el efecto producido por la intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas, con el conocimiento previo manejado por el profesional de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA mediante los análisis estadísticos utilizando una prueba T de Student y Prueba Wilcoxon.

1.3 Justificación e importancia de la investigación

El presente estudio busca evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpicas dirigido al Profesional de Enfermería. Emergencia Obstétrica-IAHULA, Mérida 2024, debido a que, los trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia juegan un papel crucial en la tasa de mortalidad materno fetal cuando no se tratan de la manera más oportuna y a su vez, cuando no se identifican a tiempo por parte del personal sanitario, es por ello, que dentro de los centros de salud y justamente en el área de las emergencias obstétricas las pacientes preeclámpicas necesitan de la mayor atención, por lo cual existen intervenciones, cuidados y protocolos específicos, diseñados para el abordaje de este tipo de situaciones.

Partiendo de esto, se hace necesario enfatizar que, todo el personal que labora dentro de una unidad de obstetricia debe contar con el conocimiento, las habilidades y destrezas necesarias para abordar todas aquellas eventualidades que se puedan presentar partiendo de la actualización y capacitación continua. En relación a esto, el profesional en enfermería como personal holístico tiene una gran responsabilidad frente a este tipo de pacientes debido a que son ellos quienes están en contacto directo con las usuarias, pero más allá de ello, son los encargados de valorar signos y síntomas que pueden ir desde lo subjetivo a lo objetivo, así como, administrar medicamentos cuando se es necesario, fortificar los cuidados y ser el puente de comunicación entre el personal médico y todo el equipo de trabajo.

En relación a lo expuesto, el propósito de realizar la presente investigación parte de la necesidad de evaluar como la capacitación del personal de enfermería por medio de la intervención educativa puede reforzar y mejorar el conocimiento de los profesionales y por tanto

coadyuvar a mejorar la calidad del cuidado en las usuarias que asisten a la emergencia obstétrica del IAHULA.

Por otra parte, es preciso mencionar que dicha investigación a nivel teórico permitirá que las investigadoras puedan reconocer características que influyen en la adecuada intervención por parte del personal de enfermería, viéndose involucrado en la evolución de la gestante con PE, a través de test realizados al personal, que proporcionan información relevante y necesaria para el desarrollo del presente trabajo ayudando en la formación continua de personal altamente capacitado. A su vez, desde el punto de vista metodológico, se estableció una investigación fundamentada en el método científico donde los datos obtenidos con la presente investigación podrán ser utilizados para futuras investigaciones de dicha índole que les permitirá a los siguientes investigadores realizar aportes significativos en la evolución y manejo responsable de gestantes con trastornos hipertensivos como la PE.

Desde el punto de vista práctico profesional, el objetivo es mejorar la atención de enfermería, ya que además de formar parte fundamental en la educación de las pacientes, son quienes están encargados de que los cuidados sean estandarizados y vayan acorde a las necesidades de cada usuario. Finalmente, desde el punto de vista social, el diagnóstico temprano y la intervención apropiada en mujeres preeclámpticas disminuirá la tasa de morbilidad materno fetal asociada a trastornos hipertensivos y evitar el colapso de los sistemas de salud pública.

1.4 Alcances y limitaciones

Alcances: Establecer un alcance dentro de todo trabajo de investigación es fundamental ya que no solo le permite a los involucrados delimitar con claridad el estudio, si no también, les permite garantizar su éxito a partir del mantenimiento de los objetivos establecidos, afianzando la solución del problema, es por ello que, con la investigación en curso se establece como alcances:

- Determinar las debilidades que pueda presentar el personal de enfermería que labora dentro de la emergencia obstétrica del IAHULA en relación al conocimiento y práctica en la atención a la paciente con preeclampsia por medio de la aplicación de un instrumento.
- Fortalecer y actualizar las bases teóricas sobre la preeclampsia en el personal de enfermería con el fin de lograr la mejora en la atención a las usuarias que presentan dicha patología dentro de la unidad de la emergencia obstétrica del IAHULA a través de una intervención educativa.
- Los resultados de la investigación pueden ayudar a evidenciar la necesidad de capacitar y actualizar de manera frecuente el personal que labora dentro de los sistemas de salud, en este caso dentro de las áreas de atención a gestantes con el fin de mejorar las intervenciones y cuidados en pro del bienestar materno fetal.

Limitación: En el proceso de desarrollo de una investigación científica es importante considerar y reflexionar los desafíos o limitantes a los cuales se puede enfrentar el investigador. de allí que dentro de la presente investigación se establecen las siguientes limitantes:

- Tiempo limitado dentro del servicio para el desarrollo de la intervención educativa.

- Dificultad para abordar a todo el personal, en relación a su disposición para participar en la investigación.
- Sesgo en las respuestas, existe la posibilidad que los participantes no respondan de manera honesta a los instrumentos diseñados.
- Ausencia de personal dentro del servicio por motivos de reposo o vacaciones.

1.5 Línea de investigación

La Escuela de Enfermería adjunta a la Facultad de Medicina de la Ilustre Universidad de Los Andes establece líneas de investigación para el desarrollo oportuno de estudios científicos por parte de sus profesionales en pro de la Academia, es por ello que, tomando en consideración la enfermería como arte, profesión y ciencia, está participa arduamente en la evolución de conocimientos que ayuden a mejorar la práctica diaria, dentro de un ejercicio profesional dinámico y multifacético que responda a las necesidades de los pacientes y del sistema de salud en general. En consecuencia, a lo expuesto, la presente investigación por el contexto sobre el cual se desarrolla se encuentra en la línea de investigación “proyecto de vida y la salud sexual y reproductiva” la cual está bajo la dirección del Grupo de Investigación: “la enfermería y los procesos sociales” adscrito al Departamento de Enfermería en Salud Familiar y Desarrollo Humano de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes.

1.6 Consideraciones éticas

La enfermería es una profesión que se fundamenta en el desarrollo y la práctica del cuidado, enfocado a las necesidades de salud que posee cada persona, basándose en el conocimiento científico para la aplicación de procedimientos, que contribuyan a una mejora

significativa del usuario. De este modo la enfermería persigue como principal objetivo la innovación y la promoción de la salud a partir de diferentes fuentes de investigación, que promuevan el enriquecimiento de actitudes y aptitudes para aquellos que desempeñan dicha labor. Ahora bien, para la realización de este tipo de investigaciones es necesario tomar en consideración los aspectos éticos mediante los cuales se rigen todas las investigaciones realizadas en personas, siendo este el caso, del respeto al individuo, beneficencia, no maleficencia y la justicia. Asumiendo que el respeto por las personas abarca dos consideraciones éticas fundamentales como la dignidad humana y la autonomía, siendo así, la beneficencia aquella obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios, es decir, que los riesgos de la investigación deben ser razonables teniendo en cuenta los beneficios esperados.

En relación a lo expuesto anteriormente, la aplicación del instrumento que será aplicado en el Personal de Enfermería de la Emergencia Obstétrica contará con el consentimiento informado de dichos Profesionales, ya que formarán parte de los sujetos en estudio, en el cual se garantizará el anonimato de los mismos. Finalmente, toda actividad llevada a cabo estará bajo los principios éticos y morales como lo imparte la profesión y es expuesto en el Código Deontológico de Enfermería en su capítulo XIII art.70. Los programas de pregrado y postgrado deben incluir la ética y la bioética como materias obligatorias del pensum de estudio.

Art.42. Todo profesional de enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios en dependencias universitarias, comunitarias, asistenciales, deben guardar confidencialidad de toda la información para que no perjudique al usuario o la institución.

Art.22. El profesional de enfermería debe actuar equilibradamente, conservando los principios éticos y morales de su práctica.

Por tanto, toda información recolectada será para fines netamente académicos

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se expondrán los antecedentes investigativos realizados por otros autores que permiten comparar, verificar e interpretar la relación que guardan los mismo con el trabajo en curso proporcionando una base sólida sobre la cual trabajar, además, se desarrollará el marco teórico que contextualiza el estudio en curso, así como, se presenta el modelo conceptual, el cual se compone de las variables que serán operacionalizadas y analizadas a continuación.

2.1 Antecedentes de la Investigación

Palacios, L. (2024), en su investigación titulada “Cuidados de enfermería en pacientes preeclámpticas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Delfina Torres de Concha”, adoptó un enfoque mixto, integrando métodos cualitativos y cuantitativos para analizar los cuidados de enfermería en esta población. Con este propósito, se aplicaron encuestas diagnósticas y fichas de observación a 50 profesionales de enfermería en el área de Gineco-Obstetricia. En cuanto a los resultados obtenidos, se evidenciaron importantes deficiencias en el manejo de esta condición. Siendo así, el 23% de los profesionales no identificaba los cuidados requeridos, el 36% desconocía los diagnósticos de enfermería prioritarios para atender a pacientes preeclámpticas, un 56% no seguía las normas para realizar el masaje uterino y, de manera preocupante, el 92% carecía de capacitación continua. Estas carencias se reflejaron en un manejo inadecuado, así como en la toma deficiente de la tensión arterial, un procedimiento clave para el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia.

Dado este panorama, se implementaron estrategias educativas enfocadas en dotar al personal de enfermería de herramientas efectivas para reducir la incidencia de complicaciones asociadas a esta enfermedad. Entre estas estrategias, se incluyeron procesos formativos continuos y adaptados que fortalecieron el uso de diagnósticos basados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, las cuales guiaron intervenciones específicas y esenciales. Por lo tanto, este enfoque permitió optimizar las intervenciones de enfermería, garantizando una atención de calidad que protegiera la salud tanto de las madres como de sus hijos.

Finalmente, la relevancia de estos hallazgos para la investigación en curso, radica en que deja en evidencia la necesidad de reforzar la formación y capacitación del personal de enfermería, especialmente en la atención de pacientes con preeclampsia. Así, estos resultados respaldan el enfoque de dicho trabajo, que busca evaluar la eficacia de una intervención educativa para mejorar el manejo de esta patología en el personal de enfermería. Además, resaltan la importancia de implementar estrategias educativas sostenibles que permitan disminuir los déficits en conocimientos y prácticas, mejorando la calidad del cuidado y minimizando los riesgos asociados a esta condición crítica.

Arias (2023), en su investigación titulada “Monitoreo de las Intervenciones de Enfermería en Mujeres Embarazadas con Preeclampsia en el Hospital General Riobamba IESS”, tuvo como propósito evaluar las prácticas del personal de enfermería en el manejo de pacientes embarazadas con preeclampsia. Para ello, implementó un enfoque mixto que combinó metodologías cuantitativas y cualitativas, adoptando un diseño transversal, de campo y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 15 profesionales de enfermería, a quienes se les

aplicó un instrumento estructurado compuesto por 15 preguntas destinadas a medir su nivel de conocimiento sobre las intervenciones relacionadas con esta patología.

Entre los hallazgos más destacados, se encontró que el 67% del personal cometía errores al medir la presión arterial, específicamente en el segundo tiempo de toma, lo cual afecta directamente la precisión del diagnóstico de hipertensión gestacional. Así mismo, se evidenció que solo el 53% de los participantes conocía la forma correcta de aplicar el Score Mama, una herramienta clave para valorar la gravedad de la preeclampsia. Por otra parte, apenas el 33% identificaba los criterios diagnósticos de hipertensión gestacional, mientras que el 87% señaló que no se habían realizado simulacros de emergencia durante el último año, una práctica esencial para fortalecer la preparación ante eventos críticos. Finalmente, todos los participantes (100%) coincidieron en que era imprescindible actualizar el plan de cuidados para mejorar la calidad de las intervenciones. (Arias, 2023).

Por lo tanto, este antecedente cobra gran relevancia para la investigación en curso, ya que pone de manifiesto importantes carencias en el conocimiento y las prácticas del personal de enfermería en el manejo de la preeclampsia, incluso en contextos institucionales donde se dispone de recursos adecuados para la atención obstétrica. Los resultados reflejan la necesidad urgente de implementar estrategias educativas y de actualización profesional que permitan corregir errores comunes, reforzar el uso de herramientas diagnósticas y fomentar prácticas preventivas, como los simulacros de emergencia.

Además, la investigación de Arias sirve como un ejemplo de cómo las evaluaciones basadas en evidencia pueden identificar puntos críticos de mejora en la atención de salud, lo que resulta directamente aplicable a la intervención educativa propuesta en el marco de la

investigación actual. Este trabajo refuerza el planteamiento de que una capacitación estructurada, como la que se diseñará en la presente investigación, no solo es pertinente, sino esencial para mejorar el manejo de la preeclampsia. Así, al abordar estas carencias mediante intervenciones educativas, se espera impactar positivamente en la calidad del cuidado, reducir los riesgos asociados y prevenir complicaciones graves en pacientes con preeclampsia atendidas en la emergencia obstétrica del IAHULA.

Morocho, Cuenca y Eras (2022), llevaron a cabo una investigación titulada "El papel de las enfermeras en la implementación de estrategias educativas para la prevención de la preeclampsia en el Hospital Básico San Vicente de Paúl", con el propósito de examinar la función de las enfermeras en la aplicación de estrategias educativas dirigidas a prevenir la preeclampsia. El estudio se basó en una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal, que involucró a 28 profesionales de enfermería que trabajaban en el área de ginecología del hospital mencionado y en el centro de salud Loma de Franco. A través del análisis estadístico descriptivo, se recopilaron datos significativos acerca de las competencias y prácticas educativas del personal de enfermería. Entre los hallazgos, se identificó que el 100% de las enfermeras cumplían las competencias del rol educativo, utilizando un lenguaje positivo (67.9%) y fomentando el diálogo con las usuarias (71.4%). Además, el 82.14% de las profesionales participaban en actividades de consejería, y el 64.29% organizaban charlas educativas. Los temas más abordados fueron los signos y síntomas de alarma de preeclampsia (85.71%), seguidos por los cuidados del recién nacido (64.28%) y las causas y consecuencias de la preeclampsia (60.71%).

Dentro de este panorama, este antecedente es significativo para la investigación en curso, ya que, pone de relieve cómo el cumplimiento de las competencias educativas por parte del

personal de enfermería, puede influir positivamente, en la prevención de la preeclampsia. A través de un enfoque basado en consejerías y charlas educativas, el estudio demuestra que, la educación en salud no solo fortalece el conocimiento de las pacientes, sino que también fomenta una relación cercana y empática que favorece la adherencia a las recomendaciones médicas.

Así mismo, los resultados obtenidos resaltan la importancia de un abordaje integral, que combine estrategias informativas con la promoción del autocuidado, elementos que coinciden con los objetivos de la intervención educativa propuesta en la presente investigación. Este antecedente aporta evidencias valiosas para diseñar programas que no solo se centren en la transmisión de información, sino también en establecer un vínculo significativo con las pacientes, lo cual resulta esencial en contextos como el del IAHULA, donde se busca mejorar tanto el manejo clínico como el acompañamiento emocional de las gestantes con preeclampsia.

Condezo (2021), en su estudio titulado “Efectividad de un Programa de Intervención Educativa en el Nivel de Conocimientos y la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para el Cuidado Integral de la Paciente Ginecológica en Internos de Enfermería en una Universidad Pública de Lima”, tuvo como propósito analizar y comparar el nivel de conocimientos y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) antes y después de una intervención educativa dirigida a internos de enfermería. Para alcanzar este objetivo, se utilizó una metodología cuantitativa, de carácter aplicativo, bajo un diseño preexperimental que incluyó un pretest y un posttest aplicados al mismo grupo. Con un muestreo de 60 participantes, la investigación adoptó una medición prospectiva y longitudinal que permitió evaluar las variables de estudio en dos momentos.

Los resultados evidenciaron que, previo a la intervención, las internas de enfermería obtuvieron una calificación promedio de 10.6 en conocimientos sobre el PAE y de 13.7 en su aplicación. Sin embargo, tras la implementación del programa educativo, se registró un incremento significativo, alcanzando 16.4 en conocimientos y 17.2 en la aplicación. Estos hallazgos demuestran la efectividad de la intervención educativa para mejorar el nivel de conocimiento y habilidades prácticas en el ámbito de la atención ginecológica.

En este sentido, este antecedente adquiere relevancia para la investigación en curso, ya que resalta el impacto positivo de las estrategias educativas en el fortalecimiento de competencias del personal de enfermería. Además, subraya la utilidad de utilizar herramientas de evaluación como el pretest y el posttest para medir de manera objetiva los avances en conocimientos antes y después de una capacitación. Por ende, el estudio de Condezo no solo valida la pertinencia de implementar programas educativos, sino que también sirve de referencia para estructurar intervenciones similares, como la propuesta en la presente investigación. De esta manera, se refuerza la necesidad de diseñar estrategias educativas que permitan abordar las deficiencias en el manejo de la preeclampsia, contribuyendo al desarrollo profesional del personal de enfermería y mejorando la calidad de atención ofrecida a las pacientes.

Vaca, L (2021), en su investigación titulada "Importancia de los cuidados de enfermería en la preeclampsia", revisa la evidencia científica sobre los cuidados que deben recibir las mujeres gestantes con preeclampsia. Para realizar la revisión, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CUIDEN y Scielo, utilizando 21 artículos seleccionados tras aplicar criterios de inclusión y exclusión. Los resultados de la investigación indican que la preeclampsia puede alterar no solo el aspecto físico del embarazo, sino también

los aspectos psicológicos y sociales de las mujeres afectadas. Esto resalta la importancia de proporcionar cuidados integrales e individualizados que incluyen tanto el control de la patología como el apoyo emocional.

En este contexto, este antecedente es relevante para la investigación en curso, ya que subraya la necesidad de una atención que no se limite únicamente al control físico de la preeclampsia, sino que también se centre en las experiencias emocionales y psicológicas de la paciente. De manera similar a la intervención educativa propuesta en la investigación actual, que busca mejorar las competencias del personal de enfermería en el manejo de la preeclampsia, este estudio destaca la importancia de fomentar la escucha activa y el diálogo continuo entre la enfermera y la paciente. Por tanto, se justifica plenamente la implementación de la intervención educativa en la investigación en curso, con el objetivo de mejorar tanto la calidad del cuidado como la experiencia general de las mujeres que padecen esta condición en la emergencia obstétrica

Oliveira et al. (2017), en su investigación titulada “Asistencia de enfermeros en el síndrome hipertensivo gestacional en un hospital de bajo riesgo obstétrico”, desarrollaron un estudio descriptivo, exploratorio y de enfoque cualitativo. La investigación se basó en entrevistas a nueve enfermeros de una maternidad municipal en Bahía, Brasil, y buscó analizar el rol del personal de enfermería en la atención a pacientes con enfermedades hipertensivas gestacionales. Entre sus hallazgos, identificaron que el papel del enfermero es crucial en la preservación y mantenimiento de la vida tanto de la madre como del feto, destacando la importancia de la intervención oportuna y la capacidad técnica del personal.

No obstante, también evidenciaron múltiples factores que afectan la calidad de la atención, entre ellos, la falta de una evaluación fetal adecuada, la carencia de un control prenatal humanizado, y deficiencias tanto en el conocimiento de la patología como en el manejo de los equipos necesarios para su atención. La investigación concluyó que el trabajo del enfermero, en conjunto con un equipo multiprofesional, resulta fundamental para la preservación de la diada materno-fetal, debido a que este profesional aporta autonomía, sentido crítico y conocimientos técnico-científicos que son decisivos en situaciones críticas.

Para justificar su inclusión en la presente investigación, aunque este estudio no se encuentra dentro del rango temporal establecido en la normativa (últimos cinco años), su relevancia radica en que aborda directamente el papel del enfermero en la atención de patologías hipertensivas gestacionales, como la preeclampsia. Este antecedente es significativo, ya que analiza aspectos esenciales como la humanización del cuidado, el manejo de equipos y la toma de decisiones críticas, los cuales siguen siendo vigentes y aplicables al contexto de la investigación actual. Además, destaca la importancia del conocimiento técnico-científico y del trabajo en equipo, elementos que también son fundamentales en la intervención educativa que se propone desarrollar.

En consecuencia, la inclusión de este antecedente refuerza la base teórica de la investigación en curso, al proporcionar un marco que evidencia la necesidad de fortalecer las competencias del personal de enfermería mediante estrategias educativas. Aunque los hallazgos fueron obtenidos en un contexto diferente, los problemas identificados son de naturaleza universal en la atención a pacientes con enfermedades hipertensivas gestacionales, lo que valida

su relevancia para la investigación actual y justifica su inclusión dentro del marco teórico del trabajo.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Intervención Educativa

La intervención educativa representa una estrategia fundamental dentro del ámbito de la formación continua en salud, especialmente cuando se busca fortalecer competencias en el personal de enfermería ante situaciones clínicas críticas como el manejo de la preeclampsia. Esta modalidad de intervención se orienta a generar cambios significativos en el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los participantes mediante actividades planificadas y estructuradas. En este sentido:

La intervención educativa es entendida como el conjunto de actuaciones de carácter motivacional, pedagógico, metodológico y de evaluación desarrollada por agentes de intervención, institucionales o personales para llevar a cabo un programa previamente diseñado, cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcancen los objetivos propuestos en dicho programa. (Betancourt et al. 2021)

En consecuencia, la intervención educativa no solo implica transmitir información, sino organizar intencionalmente el proceso formativo para generar cambios significativos en los sujetos participantes. Su enfoque integral facilita el desarrollo de capacidades, fomenta la participación activa y contribuye a mejorar los procesos de aprendizaje, lo cual la convierte en una herramienta fundamental en diversos contextos donde se busca promover la formación, actualización o transformación de conocimientos y prácticas.

2.2.2 Preeclampsia:

Según lo planteado por Santa Cruz, Salmeron, Ponce y Luna (2023), en términos generales, la preeclampsia es un trastorno hipertensivo que se presenta durante el periodo del embarazo, y llega a afectar entre el 2% y el 8% de todas las gestaciones. Este cuadro clínico se caracteriza por la aparición de hipertensión, definida como una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg, en combinación con proteinuria y/o signos de daño a órganos vitales. La manifestación de estos síntomas generalmente ocurre después de la semana 20 de gestación, pudiendo extenderse al periodo del parto y el puerperio, por lo que este trastorno se encuentra dentro de un grupo más amplio de complicaciones hipertensivas del embarazo, que en conjunto afectan a cerca del 10% de las gestaciones y son responsables de alrededor del 18% de las muertes maternas a nivel global.

Es en el año 1637, cuando el médico Francois Mauriceau observó que el riesgo de desarrollar esta condición era mayor en mujeres primigestas, y que su presencia aumentaba considerablemente el riesgo de convulsiones. Sin embargo, no fue hasta 1843 que John Lever identificó la presencia de proteínas en la orina de las pacientes afectadas, especialmente albúmina, lo que permitió una mejor comprensión de la enfermedad. Luego, Robert Johns, por su parte, caracterizó los signos y síntomas clínicos asociados, tales como cefaleas, alteraciones visuales y edema, redefiniendo así el concepto de preeclampsia como una condición hipertensiva del embarazo. (Santa Cruz et al., 2023)

De igual manera, Orizondo y Cairo (2009) aseguran que la eclampsia se caracteriza por la aparición de convulsiones, coma en mujeres embarazadas o en el puerperio inmediato que ya

presentan signos o síntomas de preeclampsia. Lo que tradicionalmente, se ha asociado una menor incidencia de esta condición con una atención prenatal de calidad, destacando que la detección temprana de la preeclampsia, el ingreso hospitalario oportuno y la administración preventiva de sulfato de magnesio son medidas clave para evitar la mayoría de los casos.

Reeder, Martin y Koniak (1995, citado por Chesley; modificado por Gant y Morley) destacan que la eclampsia, suele estar precedida por signos y síntomas de preeclampsia. Esta afección, que afecta aproximadamente al 5 % de las mujeres con preeclampsia, ocurre con mayor frecuencia cerca del término del embarazo y rara vez antes del tercer trimestre. Se cree que su origen está relacionado con el vasoespasmo cerebral o el edema, y su impacto es significativo tanto para la madre como para el feto. Las tasas de mortalidad materna varían entre menos del 1 % y hasta el 17,5 %, mientras que la mortalidad fetal puede oscilar entre el 13 % y el 30 % o más, dependiendo del contexto y del nivel de atención médica disponible. La detección temprana de estos signos es crucial para prevenir complicaciones mayores y mejorar los resultados perinatales:

- Dolor de cabeza constante o severo, localizado en la región frontal u occipital.
- Hinchazón en el rostro y los dedos.
- Alteraciones visuales, como visión borrosa o la presencia de escotomas.
- Vómitos persistentes.
- Disminución significativa en la cantidad de orina producida.

La hipertensión durante el embarazo puede presentarse de diversas formas, en el caso de la hipertensión crónica se caracteriza por una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg, ya sea antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación. Además, se considera hipertensas crónicas a aquellas mujeres que continúan experimentando hipertensión más allá de las 12 semanas posteriores al parto. (Luna, D y Martinovic, C, 2023).

Desde el punto de vista de Lara (2023), tanto la hipertensión crónica como la gestacional incrementan el riesgo de desarrollar complicaciones graves como preeclampsia, eclampsia y otros factores de morbilidad materna. Entre estas se incluyen condiciones como encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, insuficiencia ventricular izquierda y el síndrome HELLP (caracterizado por hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y disminución del recuento plaquetario). Además, el riesgo de morbilidad fetal se eleva debido a la reducción del flujo sanguíneo uteroplacentario, lo cual puede generar vasoespasmo, restricción del crecimiento, hipoxia y desprendimiento prematuro de placenta. Estas complicaciones son más graves si la hipertensión es severa (presión arterial superior a 160/110 mm Hg) o si está asociada con insuficiencia renal, como una depuración de creatinina menor a 60 mL/min o niveles de creatinina sérica superiores a 2 mg/dL ($> 180 \mu\text{mol/L}$).

Carrión, et al (2022), explica el síndrome HELLP como una complicación grave de la preeclampsia, caracterizada por elevados niveles de lactato deshidrogenasa (LDH), que superan el doble de su valor normal, así como de aspartato aminotransferasa (AST) y alanino aminotransferasa (ALT), también por encima del doble de los niveles habituales. Además, se

presenta con una disminución significativa en el número de plaquetas, por debajo de $100 \times 10^9/L$. Aunque este síndrome se desarrolla principalmente en el tercer trimestre del embarazo, en hasta un 30 % de los casos puede aparecer durante el posparto. En algunos casos, su inicio es poco claro y gradual, y hasta un 15 % de los pacientes pueden no presentar hipertensión ni proteinuria. Clínicamente, el síndrome HELLP puede manifestarse con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, entre otros síntomas.

Por otro lado, se designa como hipertensión gestacional cuando surge la hipertensión después de las 20 semanas en mujeres que previamente eran normotensas y que no presentan proteinuria. En caso de que la paciente siga presentando hipertensión después del parto, es necesario reclasificar como hipertensa crónica. Esta condición se asocia con un aumento en los riesgos perinatales adversos, y hasta un 50% de las mujeres con hipertensión gestacional pueden desarrollar preeclampsia, especialmente si la hipertensión se detecta antes de las 32 semanas.

Reeder, Martin y Koniak (1995) explican que el inicio de la eclampsia es abrupto y se manifiesta inicialmente en la fase de invasión de la convulsión, la cual dura apenas unos segundos. Durante este momento, los ojos de la paciente giran hacia un lado y parecen mirar al vacío, seguido por contracciones en los músculos faciales.

Posteriormente, se desarrolla la fase de contracción, que tiene una duración aproximada de 15 a 20 segundos y se caracteriza por contracciones musculares tónicas generalizadas. La paciente presenta distorsión facial, ojos prominentes, flexión de los brazos, cierre de los puños y rotación de las piernas. En esta etapa, la mandíbula comienza a abrirse y cerrarse de forma

violenta, al igual que los párpados, mientras los músculos faciales y luego todos los músculos del cuerpo alternan entre contracciones y relajaciones rápidas. Es común que de la boca salga espuma, a menudo mezclada con sangre, mientras el rostro se congestiona, adquiriendo un tono púrpura, y los ojos se muestran inyectados, a esta etapa se le denomina fase de convulsión, la cual puede prolongarse por un minuto.

Posteriormente, algunas mujeres con eclampsia necesitan entre uno y dos días para recuperar la claridad mental. Durante este tiempo, suelen encontrarse en un estado de crisis emocional, siendo resistentes y difíciles de manejar. En casos graves, el coma puede profundizar, la cantidad de orina disminuye, el pulso se acelera a 120 latidos por minuto, la temperatura se eleva hasta 39.5°C y se desarrolla edema pulmonar. Este último síntoma, caracterizado por respiración ruidosa y moco espumoso que exuda por boca y nariz, indica una insuficiencia cardiovascular grave. En las etapas finales, las convulsiones cesan, pero el cuadro evoluciona hacia un colapso vascular, con presión arterial baja y edema pulmonar evidente. (Pág. 833-835).

2.2.3 Clasificación:

La preeclampsia (PE) se clasifica según la gravedad de los síntomas, lo que permite distinguir entre preeclampsia con signos de severidad o sin ellos. Esta clasificación es esencial para decidir el tratamiento clínico adecuado y la intervención necesaria para proteger tanto a la madre como al feto. Es importante destacar que no solo se considera la elevación de la presión arterial, sino también parámetros paraclínicos específicos, conocidos como el perfil preecláptico, que facilitan la identificación precisa del tipo de preeclampsia que afecta a la

gestante. A continuación, se presenta una tabla que ayuda a diferenciar y clasificar el tipo de preeclampsia en función de los síntomas y los resultados clínicos.

Tabla N° 1 Síntomas y Signos de la preeclampsia con y sin datos de severidad.

Síntoma/Signo	Sin datos	Con datos
Presión arterial	Sistólica ≥ 140 mmHg Diastólica ≥ 90 mmHg	Sistólica ≥ 160 mmHg Diastólica ≥ 110 mmHg
Proteinuria	Proteinuria ≥ 300 mg en recolección de orina de 24 horas.	Proteinuria ≥ 5 g en recolección de orina de 24 horas
Otros	NA	Alteraciones visuales y/o cerebrales Oliguria Edema pulmonar y/o cianosis Dolor epigástrico y/o de cuadrante superior derecho Función hepática anormal Trombocitopenia Restricción de crecimiento intrauterino

Fuente: Santa Cruz-Pavlovich et al. (2023, p.5)

2.2.4 Métodos de diagnósticos:

La Dr. Ramírez (2023) recalca que la evolución intrahospitalaria de una paciente con trastornos hipertensivos en el embarazo (THE) depende de varios factores, tales como:

- El control prenatal previo, especialmente en casos con seguimiento incompleto.
- El tipo de trastorno hipertensivo presente.

- El estado hemodinámico y clínico de la paciente al momento de su ingreso, lo que resalta la importancia de contar con sistemas de alerta temprana y de índices clínicos predictivos.
- El tratamiento inicial administrado y la necesidad de ajustarlo conforme avanza la situación.
- Las complicaciones asociadas, que pueden incluir afectaciones renales, hematológicas, hepáticas o neurológicas.
- El enfoque interdisciplinario en el manejo de la patología.

El objetivo de este protocolo es que el equipo de salud mantenga un alto nivel de sospecha frente a los trastornos hipertensivos en el embarazo y sus posibles complicaciones, evitando tanto el sobre diagnóstico como el infra diagnóstico, asegurando un manejo efectivo y cuidadoso de la hipertensión, con el fin de preservar el bienestar fetal y asegurar la supervivencia neonatal.

Dentro de los cambios fisiológicos que se manifiestan durante el embarazo, Calvo, Rodríguez y Figueroa (2020), señalan que la presión arterial es uno de los signos vitales que sigue un patrón de alteraciones bien definido a lo largo de los tres trimestres de gestación. Durante el periodo del embarazo, se pueden identificar varios trastornos hipertensivos, entre los que se incluyen la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional, la preeclampsia y la preeclampsia superpuesta. Cada uno de estos trastornos tiene criterios diagnósticos específicos que permiten al médico clasificar de manera adecuada a la paciente, ya que el manejo clínico y terapéutico varía significativamente entre ellos.

Aunque la preeclampsia puede derivar en complicaciones severas, su diagnóstico se basa en criterios clínicos que han evolucionado con el tiempo, para confirmar el diagnóstico en casos sospechosos y guiar el tratamiento oportuno. Se considera preeclampsia en mujeres embarazadas con más de 20 semanas de gestación que presentan presión arterial elevada (sistólica > 140 mmHg o diastólica > 90 mmHg) en al menos dos ocasiones, con un intervalo de cuatro horas entre las mediciones. Además, debe existir evidencia de proteinuria significativa (> 0.3 g en una muestra de orina de 24 horas, una índice proteína/creatinina > 0.3 mg o resultados positivos $> 2+$ en tiras reactivas).

En 2013, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) amplió estos criterios. Según sus recomendaciones, si una paciente presenta hipertensión después de las 20 semanas, incluso sin proteinuria, pero con complicaciones graves como trombocitopenia, disfunción hepática, niveles elevados de creatinina (> 1.1 mg/dL), edema pulmonar o síntomas clínicos sugestivos de preeclampsia, se debe considerar este diagnóstico. Por otro lado, en pacientes con hipertensión crónica que ya presentaban proteinuria antes del embarazo, el diagnóstico de preeclampsia superpuesta se establece si la hipertensión se vuelve resistente al tratamiento después de las 20 semanas, o si se identifican signos y síntomas típicos de la preeclampsia. (Calvo, Rodríguez y Figueroa, 2020)

Carrión-Nessi et al. (2022) proponen en su investigación “Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica”, un cuadro de criterios de diagnósticos de la preeclampsia:

Tabla N° 2 Criterios diagnósticos de la preeclampsia

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la preeclampsia
Presión arterial PAS $\geq$ 140 mmHg y/o PAD $\geq$ 90 mmHg (de nueva aparición) medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas después de las 20 semanas de gestación, o PAS $\geq$ 160 mmHg y/o PAD $\geq$ 110 mmHg (de nuevo aparición) medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 15 minutos*
Proteinuria $\geq$ 300 mg/dL de proteína en una recolección de orina de 24 horas (o esta cantidad extrapolada de una recolección cronometrada), o Relación proteína creatinina $\geq$ 0,3, o Lectura con tira reactiva de 2+ de proteína en orina (cuando no se disponga de estos métodos cuantitativos o se requieran decisiones rápidas) o en ausencia de proteinuria, con la nueva aparición de $\geq$ 1 de los siguientes: Plaquetas $< 100 \times 10^9/L^*$ Creatinina sérica > 1.1 mg/dL o elevada mayor al doble de su valor normal en ausencia de nefropatía * AST y ALT elevadas mayor al doble de su valor normal en ausencia de nefropatía* derecho o epigastrio refractario a la medicación* Cefalca de nueva aparición refractaria a la medicación e inexplicable por diagnóstico alternativos, Alteraciones visuales Edema Pulmonar

Fuente: Obtenida de Carrión-Nessi, F et al. (2022, p. 245)

Santa Cruz et al, (2023) indica que la eclampsia se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas (tipo grand mal) en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, el parto o el puerperio, sin que existan otras causas identificables que las expliquen. En aproximadamente el 80% de los casos, estas convulsiones son precedidas por síntomas que indican irritación cerebral, como dolor de cabeza en la región occipital o frontal, visión borrosa, sensibilidad a la luz (fotofobia) y alteraciones en el estado mental. Sin embargo,

entre el 20% y el 38% de los casos, las convulsiones ocurren sin que se hayan presentado previamente los signos clásicos de preeclampsia.

2.2.5 Tratamiento

Cuando se aborda el tratamiento de la preeclampsia severa y el síndrome de HELLP en mujeres embarazadas, el parto sigue siendo la única solución definitiva, independientemente de la modalidad de tratamiento utilizada. Según Egly (1985, como se citó en Lowdermilk, 1998), los aspectos clave del manejo incluyen la administración de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones y el uso de agentes antihipertensivos si la presión arterial supera los 110 mmHg. En mujeres con síndrome de HELLP, puede presentarse hipoglucemia, y niveles de glucosa en sangre por debajo de 40 mg/dl están asociados con un mayor riesgo de mortalidad materna (pág. 741).

Aunque se busca prolongar el embarazo el mayor tiempo posible, es esencial implementar acciones que proporcionen confort a la gestante y tratamientos que prevengan complicaciones tanto para la madre como para el feto. Farmakides (1990, como se citó en Lowdermilk, 1998), señala que la estabilización de la paciente debe comenzar con una monitorización materno-fetal, educación sobre la enfermedad y medidas de apoyo para la gestante y su familia. Entre las medidas recomendadas están el control diario del peso, el uso de un catéter urinario para evaluar la función renal y exámenes vaginales para determinar el estado del cuello uterino.

El reposo en cama es fundamental, junto con la evaluación y prevención de complicaciones como hipoxia tisular y hemorragia. Las valoraciones clínicas incluyen el monitoreo de los

sistemas cardiovascular, pulmonar, renal, hematológico y nervioso central, así como la evaluación del estado fetal mediante perfil biofísico y ultrasonido Doppler. También se realizan análisis iniciales de enzimas hepáticas, hemogramas completos, perfil de coagulación y estudios de electrolitos (pág. 741).

Es un error asumir que las convulsiones en la preeclampsia solo ocurren con ciertos niveles de presión arterial, ya que estas pueden presentarse en cualquier momento. Por esta razón, se ha recomendado el uso profiláctico de sulfato de magnesio por vía intravenosa durante el trabajo de parto, incluso si no hay signos previos de afectación del sistema nervioso central o riesgo de convulsiones.

Tabla N° 3 Indicaciones de infusión con Sulfato de Magnesio para THE

Tipos de Trastornos	Uso preparto	Uso postparto
Preeclampsia con signos sin síntomas neurológicos: IMC menor a 35 kg/m ² (6 gr) IMC Mayor a 35 kg/m ² (12 gr)	No amerita No amerita	6 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) 12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h)
Preeclampsia con signos con síntomas neurológicos: IMC menor a 35 kg/m ² (22 gr) IMC Mayor a 35 kg/m ² (30 gr) Si al ingreso no recibió (por cualquier causa) la infusión (12 gr)	Bolo: 4 gr VEV en 250 cc de sol 0,9% en 20 min Mantenimiento: 6 gr en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) Bolo: 6 gr VEV en 250 cc de sol 0,9% en 20 min Mantenimiento: 12 gr en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) No administrada	12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) 12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) 12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (10 a 12 gr/h) Y si persiste sintomatología, repetir esquema
Eclampsia:	Bolo: 6 gr VEV en 250 cc sol 0,9% en 20 min No se contempla mantenimiento	12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) x 2 dosis (total 24 gr) de permanecer anictal Si presenta nuevo episodio, repetir bolo con 6 gr e infusión por 24 horas (hasta permanecer 24 horas anictal)

Nota: En los casos en que el sulfato de magnesio se utilice para uteroinhibición o neuroprotección fetal, que ameritan dosis mayores a las mencionadas, se deberá especificar en

la historia clínica el motivo, y se usarán las dosis correspondientes. **Fuente:** Consenso de los especialistas del IAHULA en base a revisión de bibliografía anexa.

En cuanto al tratamiento de la preeclampsia severa y el síndrome de HELLP en mujeres embarazadas, independientemente del enfoque terapéutico elegido, el parto es considerado el único tratamiento definitivo. Según Egly (1985, como se citó en Lowdermilk, 1998), los aspectos clave del tratamiento incluyen la administración de sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones y el uso de un agente antihipertensivo si la presión arterial supera los 110 mmHg. Además, se puede presentar hipoglucemia en mujeres con el síndrome de HELLP; cuando los niveles de glucosa en sangre son inferiores a 40 mg/dl, se asocia con un mayor riesgo de mortalidad materna.

La atención a la paciente depende de la gravedad de su padecimiento, Velumani, Duran y Hernández (2021) explican que, al presentar síntomas severos o resultados anormales en exámenes de laboratorio, será necesaria su hospitalización. Sin embargo, muchas mujeres pueden recibir atención ambulatoria. En casos de preeclampsia sin signos de severidad, el objetivo es mantener la presión arterial en niveles cercanos a lo normal, específicamente con una presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y diastólica entre 80 y 105 mmHg. Por el contrario, si la preeclampsia muestra signos de severidad, la paciente debe ser hospitalizada. Esto implica realizar un monitoreo cardíaco no invasivo en posición lateral izquierda, establecer acceso venoso con vías periféricas de grueso calibre y colocar una sonda Foley para medir la diuresis.

Tabla N° 4 Tratamiento farmacológico de preeclampsia sin datos de severidad y con datos de severidad

Tratamiento farmacológico de preeclampsia sin datos de severidad y con datos de severidad				
	Preeclampsia sin datos de severidad (dosis)	Preeclampsia con datos de severidad (dosis)	Contraindicaciones	Efectos adversos
Metildopa (tratamiento de primera línea)	250 a 500 mg / día hasta 2 g al día	No se recomienda	Enfermedad hepática activa, bajo terapia con inhibidores de la monoaminoxidasa.	Sedación, mareos, aturdimiento, síntomas de insuficiencia cerebrovascular, hipotensión ortostática, edema, náuseas, fatiga, disminución de libido, sequedad de boca.
Hidralazina (se usa principalmente en emergencia ya que el riesgo de hipotensión es muy elevado)	60 a 200 mg / día	Bolo inicial de 5 mg IV con bolos de 5 a 10 mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30 mg.	Taquicardia, enf. reumática de válvula mitral, enf. arteria coronaria, aneurisma aórtico disecante, insuf. cardíaca con gasto alto (tirotoxicosis), insuf. cardíaca derecha aislada (cor pulmonale), insuf. miocárdica debida a obstrucción mecánica, lupus eritematoso sistémico idiopático y desórdenes relacionados, porfiria, antecedentes de enf. coronaria, primer y segundo trimestre del embarazo.	Cefalea, palpitaciones, taquicardia; acaloramiento; anorexia, náuseas, vómitos, diarrea; espasmos musculares, similar al lupus eritematoso sistémico.
Labetalol (debe evitarse en pacientes asmáticos o insuficiencia cardíaca y en mujeres en labor de parto ya que puede generar bradicardia fetal)	Dosis de 100 a 400 mg, pero con dosis inclusive de hasta 1200 mg al día.	20 mg IV seguido de 40 a 80 mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220 mg.	Bloqueo A-V de 2° o 3° grado, shock cardiogénico y otros estados asociados a hipotensión prolongada y grave o bradicardia grave, asma o historia de obstrucción de vías respiratorias, hipersensibilidad a labetalol; control de episodios hipertensivos tras IAM, con vasoconstricción periférica.	Dolor de cabeza; cansancio; vértigo; depresión y letargia; congestión nasal; sudoración; hipotensión postural a dosis muy altas o si se incrementa las dosis demasiado rápidamente; temblores; retención de orina; dificultad en la micción; fracasos eyaculatorios; dolor epigástrico; náuseas y vómitos. IV: hipotensión postural, congestión nasal.
Nifedipino	Dosis de 10 a 20 mg hasta 180 mg al día.	10 mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50 mg.	Shock cardiovascular; concomitancia con rifampicina. Nifedipino de liberación rápida está contraindicada en la angina inestable y en caso de haber sufrido un infarto de miocardio en las últimas 4 semanas.	Cefalea; mareo; edema, vasodilatación; estreñimiento; sensación de malestar.

Fuente: Velumani, Durán y Hernández (2021)

El tratamiento farmacológico para la preeclampsia es similar tanto en casos severos como en no severos, aunque las dosis varían, como se detalla en la tabla correspondiente. El sulfato de magnesio (MgSO_4) administrado por vía intravenosa es eficaz para prevenir la eclampsia. Sin embargo, muchas mujeres con preeclampsia leve requieren tratamiento para evitar convulsiones, lo que plantea un problema debido al costo del MgSO_4 y sus posibles efectos secundarios. Por ello, se ha recomendado un uso restringido o dosis reducidas de este medicamento.

Según Méndez (2013), en lo que respecta a los bloqueadores de canales de calcio, se destaca su papel en la regulación de la actividad uterina al afectar la formación de actina y miosina, lo cual sugiere que su acción de bloqueo inhibe la contracción del útero. Estos fármacos han demostrado impedir la entrada de calcio extracelular a través de la membrana celular al interferir con la corriente lenta de calcio durante el potencial de acción, a través de dos vías: a) la activación por despolarización de la corriente sensible al potencial y b) la operación de los receptores. Se considera que la primera vía es más efectiva para inducir la relajación muscular.

Los medicamentos incluidos en este grupo son el nifedipino, verapamilo, prenilamina y diltiazem. Dos metaanálisis comparativos entre nifedipino y ritrodine mostraron resultados similares en cuanto a la extensión de la gestación por más de 48 horas, así como en la reducción de la mortalidad neonatal, la prevención de problemas respiratorios en los recién nacidos y la disminución de ingresos en unidades de neonatología. Estos estudios concluyeron que son tocolíticos de primera elección. La comparación con el sulfato de magnesio revela una respuesta terapéutica más rápida con menos efectos adversos para la madre, y no requiere monitorización constante.

2.2.6 Exámenes de laboratorio

La Dr. Ramírez (2023), señala que el Perfil preeclámptico es la batería de exámenes de laboratorio que se requieren para complementar el diagnóstico de THE, debe incluir:

Hemograma Completo

A propósito de descartar anemia y trombocitopenia

Glicemia (para descartar coexistencia de diabetes de cualquier etiología)

Urea (usando valor de corte de 40 mg/dl para severidad)

Creatinina (usando valor de corte de 1,1 mg/dl para severidad)

Ácido Úrico (usando valor de corte de 5,5 mg/dl para severidad)

Alanino Amino Transferasa Sérica (A.L.T. – T.G.O.) (usando valor de corte de 70 mg/dl para severidad)

Aspartato Amino Transferasa Sérica (A.S.T – T.G.P) (usando valor de corte de 40 mg/dl para severidad)

Lactato Deshidrogenasa (L.D.H.) (usando valor de corte de 600 mg/dl para severidad)

Proteínas Totales y fraccionadas. Donde la hipoalbuminemia predispone a formación de tercer espacio

Bilirrubinas Totales y Fraccionadas (para realizar diagnóstico diferencial en caso de afectación hepática)

Tiempos de Coagulación: Tiempo de Protrombina (TP) y

Tiempo de Tromboplastina (TPT)

Fibrinógeno

Dímero D

Serología para V.D.R.L., H.I.V. y Anticore B. (Requisitos preoperatorios)

Análisis de muestra parcial de orina con proteinuria (preferiblemente cuantitativa) De ser posible solicitar valores de creatinina y proteína en muestra parcial para la obtención de la Relación Albúmina / Creatinina (RAC)

Tabla N° 5

Hallazgos clínicos y paraclínicos de severidad en PE

Cuadro N° 3: Hallazgos clínicos y paraclínicos de severidad en PE	
Hallazgos clínicos	Hallazgos paraclínicos
Hallazgos: Cifras de severa hipertensión (PAS $\geq$ 160 mmHg y/o PAD $\geq$ 110 mmHg) que recurren en 2 mediciones separadas por 4 horas, tras haber iniciado terapia hipotensora. Oliguria: menor de 30 ml/hora o 0.5 ml/kg/hora. Sintomatología (Pródromos de eclampsia) persistente: Dolor persistente y grave en cuadrante superior derecho del abdomen o epigastalgia, que no cede con medicamentos y no son explicadas por otra causa. Signos o síntomas de Edema Agudo de Pulmón (frecuencia respiratoria mayor a 40 r.p.m., agregados pulmonares característicos, saturación de oxígeno menor a 90 % o hallazgos radiológicos compatibles). Cefalea persistente y grave que no responde a manejo usual. Sintomatología visual (escotomas, fosfenos, visión borrosa). Alteración del estado mental (agitación, confusión o estupor).	Alteraciones hematológicas: Trombocitopenia: Recuento de plaquetas $<100.000 \times 10^3$. Signos de CID (Score JMHW): TP/IR (razón) mayor a 1.25. TPT mayor a 40 segundos. Fibrinógeno menor a 150 mg/dl. Dímero D mayor a 1000 mg/l (> 12 mcg/ml). Injuria Renal Aguda: Creatinina sérica $> 1,1$ mg/dl o el doble de la creatinina sérica normal/basal. Urea ≥ 40 mg/dl. Disfunción Útero – Placentaria: Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU). Alteración del doppler de las Arterias Umbilicales (IP $\geq$ al percentil 95) o Arterias Uterinas (IP $\geq$ percentil 95). Óbito fetal.

Fuente: Dr. Ramírez (2023)

2.2.7 Cuidados de enfermería en pacientes preeclámpticas

El personal de enfermería juega un papel crucial en la valoración y seguimiento de pacientes que han sido diagnosticadas con preeclampsia dentro de las instituciones hospitalarias, la monitorización continua le permite al enfermero identificar cambios relevantes en el estado de salud de las pacientes y poder tomar decisiones en conjunto con el personal médico en pro de mejorar las condiciones de salud de la usuaria y el producto, por lo cual el examen físico en relación a esto toma un alto valor a nivel clínico, en consideración a esto, a continuación se muestra una valoración por sistemas, comenzando por el sistema neurológico y culminando por aspectos psicosociales que embargan a la usuaria diagnosticadas con preeclampsia, :

En este sentido, el sistema neurológico juega un papel crucial en la evaluación de la preeclampsia, ya que las alteraciones en este sistema pueden ser indicativas de complicaciones graves, como eclampsia o encefalopatía hipertensiva. Así pues, estas manifestaciones reflejan la severidad de la enfermedad, por lo que su identificación temprana permite tomar medidas oportunas para evitar consecuencias fatales.

- **Estado de conciencia y orientación**

En primer lugar, la evaluación del estado de conciencia es fundamental para identificar signos de deterioro neurológico temprano. Si la paciente presenta confusión o desorientación, estos síntomas pueden ser indicadores de encefalopatía hipertensiva, que es una manifestación grave de la preeclampsia. Lacunza y Pacheco (2015), aseguran que estos signos deben ser monitoreados de manera constante, ya que pueden preceder a complicaciones mayores, como las convulsiones. Por lo tanto, es esencial una vigilancia continua en estos casos.

Frecuencia: Se recomienda evaluar el estado de conciencia en cada turno o ante cualquier cambio en el comportamiento de la paciente.

- **Reflejos osteotendinosos**

Por otro lado, la presencia de hiperreflexia, especialmente si se acompaña de clonus, es otro signo clave en la preeclampsia severa. En este sentido, Lacunza, Santis, Jiménez y Vera (2018) afirman que la hiperreflexia refleja una irritación del sistema nervioso central, lo que puede ser indicativo de una forma grave de la enfermedad. La evaluación regular de los reflejos osteotendinosos es, por tanto, esencial para detectar alteraciones que puedan señalar una progresión hacia la eclampsia. Esto subraya la importancia de realizar una revisión periódica de los reflejos, lo que permitirá detectar cambios en el estado neurológico de la paciente de manera oportuna.

Frecuencia: Es recomendable evaluar los reflejos osteotendinosos al menos una vez por turno en pacientes hospitalizadas.

- **Cefalea y alteraciones visuales**

Además, las cefaleas intensas y las alteraciones visuales, como visión borrosa, presencia de escotomas y, en casos raros, ceguera cortical, son síntomas comunes en las pacientes con preeclampsia. La eclampsia, que es la forma más grave de la enfermedad, se caracteriza por la aparición de convulsiones y se ha identificado como una de las principales causas de muerte materna. En este contexto, Lacunza y Pacheco (2015) destacan que es fundamental vigilar de cerca estos síntomas, ya que pueden indicar el avance hacia una forma más grave de la

enfermedad, como la eclampsia, y de esta manera, su monitoreo continuo es indispensable para tomar decisiones clínicas adecuadas y oportunas.

Frecuencia: Se debe evaluar en cada turno y reportar cualquier síntoma de cefalea o alteraciones visuales.

- **Sistema Cardiovascular**

La valoración del sistema cardiovascular en la preeclampsia es esencial para monitorear el impacto de la hipertensión en el corazón y los vasos sanguíneos, así como para prevenir complicaciones graves como insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares.

- **Frecuencia cardíaca**

En primer lugar, la medición de la frecuencia cardíaca es un componente clave en la valoración cardiovascular. Según Fuentealba y Bravo (2023), la frecuencia cardíaca debe ser evaluada con regularidad, ya que un aumento en esta puede ser indicativo de sobrecarga cardíaca o de un desequilibrio hemodinámico en pacientes preeclámpicas. Un ritmo cardíaco elevado puede ser una respuesta a la hipertensión y la carga aumentada que el sistema cardiovascular experimenta debido a la preeclampsia. Frecuencia: Se recomienda realizar la medición de la frecuencia cardíaca cada vez que se evalúe la presión arterial o al menos cada turno.

- **Llenado capilar**

El llenado capilar también es un indicador importante del estado cardiovascular de la paciente. Un llenado capilar lento, mayor a 3 segundos, puede reflejar un mal perfusión tisular, que es común en estados de hipertensión grave. Según Fuentealba y Bravo (2023), la evaluación del llenado capilar es útil para identificar signos de hipoperfusión y shock en pacientes con preeclampsia. Esto permite identificar alteraciones en la circulación sanguínea que pueden requerir intervención médica inmediata.

- **Sistema Respiratorio**

En la preeclampsia severa, una complicación grave que puede presentarse es el edema pulmonar agudo, una condición que requiere intervención inmediata. El edema pulmonar se caracteriza por la acumulación de líquido en los pulmones, lo que puede provocar dificultad respiratoria significativa y disminución de la oxigenación. Según Torres, Santos, Colmenares, Delgado y Villasmil (2011), el edema pulmonar es una de las manifestaciones más preocupantes de la preeclampsia avanzada, ya que puede llevar rápidamente a insuficiencia respiratoria, especialmente si no se detecta y trata a tiempo. El monitoreo de la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria es fundamental en estos casos para garantizar una pronta respuesta ante la disminución de la capacidad respiratoria.

Frecuencia: Se debe medir la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria regularmente, y realizar una evaluación más frecuente en pacientes con síntomas de dificultad respiratoria o en aquellos con preeclampsia severa.

- **Sistema Hepático**

En el contexto de la preeclampsia, la función hepática puede verse comprometida, lo que requiere una evaluación constante para prevenir complicaciones graves. El daño hepático en pacientes con preeclampsia puede manifestarse mediante la elevación de las transaminasas hepáticas, como la alanina aminotransferasa (ALT) y el aspartato aminotransferasa (AST), lo cual indica disfunción hepática. Castelli y Fernández (2022) señalan que el seguimiento de estos valores es esencial, dado que su aumento puede ser indicativo de una progresión hacia complicaciones más severas, como el síndrome HELLP (Hemólisis, Elevación de las enzimas hepáticas y Baja plaquetaria) o insuficiencia hepática. Por lo tanto, una vigilancia estrecha permite identificar tempranamente cualquier alteración, lo cual facilita la intervención oportuna.

Frecuencia: Es recomendable realizar las pruebas de función hepática de manera regular, sobre todo en pacientes que presenten signos de preeclampsia o en aquellas con sospecha de síndrome HELLP.

- **Sistema Renal**

La evaluación del sistema renal es crucial en la preeclampsia, ya que la función renal puede verse comprometida debido a la hipertensión y la posible aparición de insuficiencia renal. Los cambios en la función renal pueden ser indicativos de una progresión hacia formas graves de la enfermedad, como la eclampsia.

- **Diuresis**

La medición de la diuresis es una herramienta importante para evaluar el funcionamiento renal en las pacientes con preeclampsia. Según Otero (2023), una disminución en la cantidad de orina puede ser un signo temprano de insuficiencia renal aguda, que es una complicación grave de la preeclampsia. La orina debe ser monitoreada para asegurarse de que la paciente esté excretando suficiente cantidad de líquido, ya que la retención de líquidos o la oliguria pueden estar asociadas con daño renal progresivo.

Frecuencia: Se debe evaluar la diuresis de forma constante, registrando la cantidad de orina por turno. En casos críticos, se puede hacer un monitoreo más frecuente para detectar cualquier signo de insuficiencia renal.

- **Edema**

El edema es común en la preeclampsia y puede estar relacionado con alteraciones renales. La retención de líquidos a nivel renal puede provocar un edema generalizado, que es un signo de insuficiencia renal o de un desequilibrio en los líquidos corporales. Otero (2023) señala que la evaluación del edema es importante para valorar la severidad de la preeclampsia y el posible impacto en la función renal. Un edema progresivo puede indicar la necesidad de intervención para prevenir complicaciones mayores.

- **Estado Psicosocial**

La preeclampsia no solo afecta la salud física de la paciente, sino que también puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional. El estrés, la ansiedad y la depresión son comunes en las pacientes que enfrentan complicaciones graves del embarazo, lo cual puede

afectar tanto su recuperación como la relación con su bebé. Lacunza y Pacheco (2015) destacan que la preeclampsia es una situación estresante que puede generar un mayor riesgo de trastornos emocionales, lo que hace necesario un enfoque integral que aborde tanto la salud física como la salud mental. La detección temprana de problemas emocionales puede facilitar intervenciones apropiadas, mejorando el pronóstico general de la paciente.

Frecuencia: Realizar una valoración psicosocial en cada turno o con mayor frecuencia si la paciente presenta signos de ansiedad o estrés significativo.

2.2.8 Manejo de la Preeclampsia sin Signos de Severidad

El manejo de la preeclampsia sin signos de severidad se basa en un seguimiento constante y la prevención de complicaciones graves. En este tipo de preeclampsia, la paciente puede ser manejada de manera ambulatoria, siempre bajo supervisión médica regular. Es fundamental, realizar un monitoreo periódico de la presión arterial, por lo que se recomienda que la paciente se tome la presión tres veces al día, en diferentes momentos (mañana, tarde y noche), para asegurar que se mantenga por debajo de los 140/90 mmHg. Si se presentan valores elevados, es necesario que la paciente informe al médico para que se tomen las acciones necesarias.

Además, el control de la proteinuria debe ser una prioridad. Para ello, se deben realizar pruebas regulares utilizando tiras reactivas o análisis de orina, los cuales permitirán detectar cualquier aumento en los niveles de proteínas. Si los resultados muestran una elevación significativa, se debe acudir a consulta médica para evaluar el siguiente paso. Otro aspecto importante, del manejo ambulatorio es el monitoreo de los síntomas. La paciente debe estar alerta ante la aparición de signos como dolor de cabeza severo, visión borrosa, dolor abdominal en la parte superior derecha o hinchazón repentina de manos, pies o cara. Si alguno de estos síntomas se presenta, es importante que la paciente contacte a su médico de inmediato.

Ahora bien, el control de la dieta también juega un papel clave en el manejo de la preeclampsia sin signos de severidad. Se recomienda una dieta baja en sal y un consumo adecuado de líquidos, evitando el exceso. Además, la paciente debe evitar esfuerzos físicos excesivos, pero no es necesario reposo absoluto. Un descanso moderado puede ayudar a controlar la presión arterial. Por otro lado, si la presión arterial persiste elevada, superior a los

140/90 mmHg, el médico puede prescribir medicamentos antihipertensivos como metildopa, nifedipina o labetalol, siempre bajo supervisión médica. En ciertos casos, también se puede administrar sulfato de magnesio como medida preventiva para reducir el riesgo de complicaciones graves.

Por otro lado, aunque el monitoreo fetal no es continuo en el hogar, la paciente debe estar atenta a los movimientos fetales. Si experimenta una disminución o ausencia de estos movimientos, debe buscar atención médica de inmediato. Finalmente, es fundamental que la paciente siga todas las indicaciones médicas y asista a consultas periódicas.

2.2.9 Manejo de la Preeclampsia con Signos de Severidad

El manejo de la preeclampsia con signos de severidad requiere hospitalización inmediata para evitar complicaciones graves tanto para la madre como para el bebé. En este contexto, la atención debe ser intensiva y las intervenciones deben enfocarse en controlar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. El monitoreo de la presión arterial debe ser continuo, realizándose cada 2 horas, dado que la hipertensión grave es una de las principales preocupaciones en este tipo de preeclampsia. Si los valores superan los 160/110 mmHg, se debe iniciar tratamiento con antihipertensivos intravenosos, como labetalol o hidralazina, para reducir la presión arterial de manera controlada y evitar complicaciones graves, como un derrame cerebral.

La administración de sulfato de magnesio es fundamental en el manejo de la preeclampsia con signos de severidad, ya que, previene la aparición de convulsiones y la progresión hacia eclampsia. Este medicamento, debe administrarse bajo estricto monitoreo, observando los reflejos osteotendinosos y la frecuencia respiratoria, para evitar la toxicidad. Es esencial controlar los niveles de sulfato de magnesio para evitar efectos secundarios graves.

El control de la proteinuria y la función renal también es crucial. Se deben realizar análisis frecuentes de orina y sangre para evaluar la presencia de proteínas y el funcionamiento renal. Si se detecta insuficiencia renal o un aumento significativo de la proteinuria, el tratamiento con diuréticos puede ser necesario, ajustándose según la respuesta de la paciente.

El bienestar fetal debe ser monitoreado constantemente mediante un monitor fetal, para evaluar así la frecuencia cardíaca y el flujo sanguíneo placentario. Si se presentan signos de sufrimiento fetal, como variabilidad en la frecuencia cardíaca o desaceleraciones, se puede considerar la inducción del parto o una cesárea si la condición de la madre lo justifica.

Además, el monitoreo de la función hepática es esencial, ya que la preeclampsia severa puede inducir daño hepático. Se deben realizar pruebas de función hepática con regularidad, y en caso de que se detecten niveles elevados de transaminasas o signos del síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y baja plaquetas), se tomarán medidas inmediatas para estabilizar a la paciente.

Si se presenta edema pulmonar, un signo grave de preeclampsia severa, se deben administrar diuréticos intravenosos para reducir la sobrecarga de líquidos y aliviar la presión pulmonar. En casos graves, puede ser necesario el uso de oxígeno suplementario o ventilación mecánica, dependiendo de la severidad del edema.

El manejo del parto en una paciente con preeclampsia severa debe ser decidido rápidamente. Si la paciente está cerca del término y su condición lo permite, se puede proceder con la inducción del parto. En casos más graves, donde se observa insuficiencia placentaria o riesgo para la madre, una cesárea podría ser la opción más segura.

Finalmente, después del parto, la paciente debe continuar siendo monitorizada estrechamente, con especial atención a la función renal, hepática y hematológica. El monitoreo de la presión arterial y la administración de sulfato de magnesio deben seguir siendo parte del manejo postparto. Un seguimiento adecuado permitirá detectar complicaciones y garantizar una recuperación segura para la madre.

2.3 Teoría de Patricia Benner

Una intervención educativa dirigida al personal de enfermería es fundamental para mejorar la atención y la calidad del cuidado, especialmente en el manejo de condiciones críticas como la preeclampsia. La educación continua permite que los enfermeros se mantengan actualizados con las mejores prácticas, herramientas y protocolos, lo que optimiza su capacidad para enfrentar situaciones complejas. Esto no solo mejora la atención materno-infantil, sino que

también contribuye a reducir los riesgos y complicaciones asociadas con esta condición, que requiere de decisiones rápidas y precisas.

La teoría de Patricia Benner sobre el desarrollo de la competencia en la práctica de enfermería se presenta como un marco clave para entender cómo los enfermeros adquieren habilidades a lo largo del tiempo. Benner (como se citó en Carrillo, A., Martínez, P y Taborda, S, 2018) identifica cinco fases en el desarrollo de un profesional de enfermería: “novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto”. Estas fases muestran cómo los enfermeros, inicialmente dependientes de reglas estrictas y teorías, van evolucionando hacia una práctica más autónoma y experta, basándose en la experiencia y el juicio clínico intuitivo.

En la fase de novato o principiante, los enfermeros recién ingresados al mundo laboral carecen de experiencia y perciben el entorno de manera limitada. En esta etapa, siguen reglas y guías de forma rígida, ya que aún no tienen la capacidad para comprender completamente las situaciones ni para tomar decisiones basadas en el análisis de la realidad. A medida que avanzan a la fase de principiante avanzado, comienzan a reconocer patrones y aplicar protocolos, pero aún fundamentan sus decisiones principalmente en la teoría. Aunque su análisis del entorno es incipiente, este nivel les permite comenzar a abordar problemas reales con cierto grado de autonomía.

En la fase competente, los enfermeros ya tienen suficiente experiencia para enfrentar la mayoría de las situaciones y, con ello, comienzan a diseñar planes de mejora y a prever los resultados a largo plazo de sus decisiones. Si bien aún se basan en reglas y protocolos, comienzan a identificar las limitaciones de estos y a adaptarse a las contingencias de la práctica diaria. En la fase eficiente, los enfermeros desarrollan una habilidad innata para distinguir lo correcto de lo incorrecto y toman decisiones rápidas y acertadas. Su experiencia les permite priorizar tareas de manera eficiente, sin necesidad de guías explícitas. Finalmente, los enfermeros que alcanzan la fase de experto actúan de forma intuitiva, guiándose por la experiencia acumulada y el conocimiento práctico y teórico. En esta fase, ya no dependen de las normas y directrices, salvo en situaciones novedosas, lo que les permite ofrecer cuidados de alta calidad basados en un juicio clínico confiable y preciso.

Carrillo, Martínez y Taborda (2018) resaltan que "la formación continua en enfermería es indispensable para garantizar una atención de calidad, especialmente en áreas críticas donde las condiciones de los pacientes pueden cambiar rápidamente". Es importante destacar, que este concepto, subraya la necesidad de seguir formando al personal de enfermería para que puedan adaptarse a las exigencias de situaciones complejas, como las que presenta la preeclampsia. Por tanto, integrar la teoría de Benner en la investigación resulta fundamental, ya que permite evaluar cómo los enfermeros avanzan a través de las diferentes fases de competencia. El estudio se enfoca en analizar la eficacia de una intervención educativa, con el objetivo de mejorar las competencias del personal de enfermería en el manejo de la preeclampsia. De esta manera, la intervención educativa podría facilitar el progreso de los enfermeros a lo largo de las fases de novato a experto, optimizando la calidad de la atención brindada a las pacientes y reduciendo los riesgos asociados a la preeclampsia.

2.4 Bases legales

Para Arias (2006) las bases legales “representan el basamento legal que sustenta la investigación mediante una jerarquía jurídica” por consiguiente se puede decir que las bases legales son entonces, aquel conjunto de normas o leyes que permiten delimitar y orientar las investigaciones desde el punto jurídico, permitiendo que este sea desarrollado bajo conceptos éticos.

Las herramientas legales que fundamentan la presente investigación será en primer orden:

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Título I disposiciones generales del sistema nacional de salud

Art 3: “El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza.”

Este artículo es fundamental para la investigación, ya que subraya el derecho a la protección de la salud, lo que incluye garantizar que todas las mujeres embarazadas reciban una atención adecuada y sin discriminación, especialmente aquellas en situación de riesgo, como las pacientes

preeclámpticas. Por lo tanto, la capacitación del personal de enfermería en el manejo de preeclampsia contribuye a asegurar que estas mujeres reciban atención oportuna y de calidad.

Art 4: “El objeto del Sistema Nacional de Salud es la prestación de servicios en atención a la salud, encaminados no solo a procurar la ausencia de enfermedad, sino a promover el mayor bienestar físico, mental y social de los habitantes del país.”

Este artículo se adapta bien a la investigación en curso, ya que el manejo adecuado de pacientes preeclámpticas va más allá de la ausencia de enfermedad y se enfoca en el bienestar integral de la paciente. Por lo tanto, una intervención educativa dirigida al personal de enfermería no solo busca la mejora en el manejo clínico, sino también en la promoción del bienestar materno y fetal.

Art 5: “La prestación del servicio de salud se realizará mediante la atención médica integral de carácter preventivo-curativo y por acciones de saneamiento sanitario-ambiental que tendrán carácter de utilidad pública e interés social.”

Este artículo se relaciona directamente con la atención integral en situaciones de salud como la preeclampsia. En este sentido, la intervención educativa para el personal de enfermería forma parte de estas acciones preventivo-curativas, ya que su objetivo es mejorar la respuesta ante emergencias obstétricas, contribuyendo al bienestar de la madre y el feto.

Art 9: “El Sistema Nacional de Salud funcionará sobre la base de un personal técnicamente capacitado y debidamente organizado.”

Este artículo es clave en la investigación, ya que la intervención educativa busca precisamente fortalecer las capacidades técnicas del personal de enfermería en el manejo de pacientes con preeclampsia. De esta manera, se garantiza que el personal esté preparado para atender complicaciones obstétricas, lo cual es esencial para el correcto funcionamiento del sistema de salud.

Por otro lado, se emplea la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LODM) vigente y aprobada desde 2007 la cual le permite a la mujer en cualquier etapa de la vida prevenir, atender y sancionar cualquier acto de violencia. de allí que,

es deber del profesional de enfermería promover y garantizar atención sanitaria de calidad a la gestante evitando en todo momento cualquier indicio de violencia hacia la misma.

Ley orgánica sobre el derecho de la mujer a una vida libre de violencia

Violencia obstétrica

Art. 51. Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: no atender de manera oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

En relación a lo anteriormente mencionado es justo y necesario enfatizar que la enfermería obstétrica demanda una alta competencia técnica y conocimiento amplio sobre los procesos fisiológicos o patológicos del embarazo, debido a que en situaciones de emergencia es el personal de enfermería quien en primera instancia brinda los cuidados e intervenciones adecuadas para evitar complicaciones que puedan afectar de manera significativa la diada materno fetal así como, actuando como defensores de la mujer para que reciba atención de calidad cubriendo cada una de sus necesidades, por lo cual el empoderamiento y la capacitación continua del enfermero contribuye a salvar vidas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A continuación, en el presente capítulo se expondrá la metodología que se empleara para llevar a cabo el presente estudio, así como su diseño, tipo de investigación, población, muestra, método e instrumentos para la recolección de datos y validez que se hace necesaria para la implementación del instrumento.

3.1 Enfoque de la investigación

Por lo cual, Arias (2016), el enfoque y el tipo de investigación se establece de acuerdo a las características de problema que se desea solucionar, los objetivos que se pretendan alcanzar y la disponibilidad de recursos. En tal sentido, la investigación se enmarco dentro del enfoque cuantitativo, donde se recogen y analizan datos numéricos y se recurre a la validez y confiabilidad de las variables. Asimismo, Hernández et al. (2014), refiere que el paradigma cuantitativo: “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”. (p 15).

3.2 Tipo y diseño de la investigación

Según, Bavaresco (2013) define el diseño de la investigación como “un método específico, una serie de actividades sucesivas y organizadas, que deben adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican las pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos” (pág. 90) del mismo modo, Sampieri (2014) expresa que el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema (pág. 128) .

Por ende, de acuerdo a las características metodológicas y los objetivos planteados, la investigación se realizó bajo un diseño cuasi - experimental, de preprueba/posprueba en un solo grupo. Por lo cual, Palella y Martins (2006) hacen referencia a que “la investigación cuasi

experimental se usa cuando no es factible utilizar un diseño experimental verdadero. Es un método de control parcial, basado en la identificación de los factores que pueden intervenir en la validez interna y externa del mismo. Incluye el uso de grupos intactos de sujetos para la realización del experimento, puesto que en un estudio no siempre es posible seleccionar los sujetos al azar. El grupo control es similar al grupo experimental en todos los aspectos y recibe un nivel nulo de la variable independientemente puesto que no están sometidos al tratamiento experimental. Por lo tanto, toda diferencia que se registre entre el grupo control y el grupo experimental después del tratamiento debe ser resultado de este. El grupo experimental recibe un nivel de aplicación de la variable independiente” (pág.98). En tal sentido, los diseños cuasi experimentales se refieren aquella que existe una exposición, una respuesta o hipótesis para contrastar, pero no existe aleatorización de los sujetos a los grupos de control, es decir no existe un grupo control propiamente dicho.

Es así, que se empleó una prueba previa al estímulo o manipulación, después se realizó un proceso de intervención mediante la ejecución o puesta en práctica de una intervención educativa y finalmente, se aplicó una postprueba. En consecuencia, el grupo objeto de estudio fue seleccionado considerando las posibles variables intervinientes y desde la perspectiva metodológica se intentó probar la influencia de la manipulación de la variable independiente sobre la dependiente, lo que permitió evaluar suficientemente la eficacia de la intervención.

Del mismo modo, en relación al tipo de investigación se adoptó un estudio explicativo – longitudinal, para ello Hernández S. (2014) menciona que la investigación de tipo explicativa, esta dirigida a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos y sociales, se enfoca en explicar por qué ocurre un fenómeno y en que condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables (Pág. 97-98), por su parte, Palella y Martins (2006) exponen que la investigación longitudinal se ocupa de analizar cambios en el tiempo, en determinadas variables o en las relaciones entre ellas. La recolección de datos se realiza en períodos específicos con el fin de hacer inferencias respecto al cambio, los factores que lo determinan y sus consecuencias” (Pág. 104).

3.3 Población muestral, muestra y muestreo

En la presente investigación la población estuvo constituida por un total de 45 enfermeros los cuales son personal activo dentro del servicio y quienes fueron la fuente en estudio. Por tanto, Según Arias (2006) expone que “la población, o en términos más precisos población objetivo, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. esta queda delimitada por el problema y por lo objetivos del estudio” (pág. 81).

En función a lo planteado, Sampieri 2014 menciona que la población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (pág. 174). Del mismo modo Arias (2006) refiere que la muestra ‘es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible’ (pág. 83). Por lo tanto, se realizó un muestreo por conveniencia, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión, por lo que el grupo objeto de investigación fue de 30 enfermeros.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería activo dentro del servicio de emergencia obstétrica.
- Profesionales que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Enfermeros con título de Técnico Superior Universitario (TSU) o Licenciado en Enfermería.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que no manifestaron su consentimiento para participar.
- Personal que se encontraba de reposo médico o en período vacacional durante la recolección de datos.
- Enfermeros auxiliares.

3.4 Hipótesis de la investigación

H_i : La Intervención Educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas influye sobre el conocimiento previo manejado por el Personal de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

H_0 : La Intervención Educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas no influye sobre el conocimiento previo manejado por el Personal de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

3.5 Variable

Según Arias (2006), una variable se define como “una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y que es objeto de análisis, medición, manipulación o control en una investigación” (p. 57). Este estudio se consideró bivariable pues estuvo orientado a evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas dirigida al Personal de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Asimismo, se establece un sistema de variables.

- Variable Independiente: Intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpticas.
- Variable Dependiente: Conocimiento de enfermería sobre el manejo de pacientes preeclámpticas.
- Variable Interviniente: Características generales de la población

Tabla N° 6 Operacionalización de la variable.

Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicador	Ítem
Identificar las características sociodemográficas, datos académicos y datos laborales del Profesional de Enfermería del Profesional de Enfermería que labora en la Emergencia Obstétrica – IAHULA.	Variable Interviniente Características generales de la población objeto de estudio que probablemente interfieran con el proceso de investigación.	Características Sociodemográficas	Edad. Género.	A B
		Datos académicos	Nivel Académico Participación en programas de actualización	C D
		Datos laborales	Años de servicio Años de servicio en la EO Turno Aplicación en el servicio de Guías o Protocolos de Cuidados referentes al manejo de la Preeclampsia	E F G H
Determinar el conocimiento que posee el Profesional de Enfermería sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas, antes de la intervención educativa.	Variable Dependiente Conocimientos sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas del profesional de enfermería de la Emergencia obstétrica del IAHULA: Conjunto de contenidos teóricos y prácticos requeridos en la formación científica del profesional de enfermería, caracterizados por el desarrollo de habilidades y destrezas aplicadas en el cuidado de pacientes preeclámpticas	Saber de enfermería Conjunto de conocimientos técnicos-teóricos sobre Preeclampsia que posee el profesional de enfermería.	Conceptos básicos. Clasificación. Exámenes de laboratorio. Métodos diagnósticos Tratamiento.	1-5 6-7 8 - 9 10 - 13 14-20
		Práctica de enfermería Conjunto de habilidades y destrezas que ha obtenido el profesional de enfermería a lo largo de su formación y experiencia en el cuidado de la paciente preeclámptica	Valoración. Manejo hospitalario de bajo riesgo (preeclampsia sin signos de severidad). Nivel de riesgo (preeclampsia con signos de severidad). Finalización de la gestación en pacientes con trastornos hipertensivos. Administración de medicamentos	1-11 12-18 19-28 29-34 35-38
Aplicar sistemáticamente una intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas, al profesional de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA.	Variable Independiente. Intervención educativa sobre el manejo de paciente preeclámptica dirigida al profesional de enfermería: Conjunto de acciones educativas sobre el manejo de paciente preeclámptica que se ejecutan coordinadamente con el objeto de brindar una atención integral a la embarazada preeclámptica.	Competencias conceptuales	Conceptos básicos. Clasificación. Métodos diagnósticos. Exámenes de laboratorio. Tratamiento.	
		Competencias de la práctica	Valoración. Manejo domiciliario-nivel de riesgo (preeclampsia sin signos de severidad). Nivel de riesgo (preeclampsia con signos de severidad). Finalización de la gestación en pacientes con trastornos hipertensivos. Administración de medicamentos	

Fuente: Contreras y Fernández (2024)

3.6 Técnica e instrumento para la recolección de datos

La recolección de datos constituye una fase crucial dentro del proceso metodológico de investigación, ya que permite obtener información empírica directamente de las unidades de análisis mediante instrumentos previamente validados. Esta etapa implica la aplicación de técnicas sistemáticas como la observación estructurada, la encuesta, la entrevista o el análisis documental, con el fin de registrar características específicas de variables previamente operacionalizadas.

Es por ello, que, para el desarrollo de esta investigación, la técnica que se utilizó para el desarrollo de la investigación fue la encuesta, y como instrumento se consideró el cuestionario, el mismo, fue diseñado por la investigadora utilizando como insumo principal la operacionalización de la variable.

De acuerdo con Arias (2012), el instrumento “es cualquier recurso, dispositivo o formato, que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (pág. 68) en consecuencia, para Sampieri (2014 pág. 199) menciona que “un instrumento adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente” para recopilar la información necesaria para dicha investigación se diseñó un instrumento para el trabajo titulado “eficacia de una intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpticas dirigida al profesional de enfermería, emergencia obstétrica - IAHULA, MÉRIDA 2024” dicho instrumento

Estuvo constituido por tres (3) partes; una primera parte, conformada por el debido consentimiento informado; la segunda parte estuvo constituida por la información sociodemográfica, académica y laboral del personal de enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA y, por último, la tercera parte, que estuvo conformada por dos secciones, la parte A por 20 preguntas alusivas al saber de enfermería, estructurado con preguntas cerradas y dos posibles opciones de respuesta (correcta e incorrecta), además se consideró el grado de libertad por parte de los sujetos con la opción de no conozco. Mientras la parte B con 38 preguntas, con alternativas

Siempre (S), Casi Siempre (CS), A Veces (AV), Casi Nunca (CN) y Nunca (N); referentes a la práctica de enfermería.

Para ello, ambas escalas se distribuyeron de forma repetida señalándose una primera parte con color azul (previo a la intervención educativa) y la segunda parte con color rojo (posterior a la intervención educativa). Igualmente, el instrumento tuvo un código de identificación alfanumérico en la parte superior derecha, el cual fue utilizado sólo por la investigadora durante la puesta en práctica del mencionado estudio. Por ende, al cuestionario a cada respuesta se le asignó un puntaje de la siguiente manera:

Respuesta correcta: 1 punto.

Respuesta Incorrecta: 0 puntos.

Obteniéndose así:

Puntaje máximo: 20 puntos

Puntaje mínimo: 0 puntos

La escala de medición se trabajó de acuerdo a 3 niveles ordinales (alto, medio y bajo) y el total de puntos de la prueba, obteniéndose los siguientes resultados:

Niveles	Escala
Alto	14 – 20
Medio	7 – 13
Bajo	0 – 6

3.7 Validez del instrumento

Sampieri (2014) menciona que la validez “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que se busca medir”. Para asegurar que el instrumento utilizado en esta investigación sea válido, se someterá a un proceso de validación por medio de expertos en el tema. Tres especialistas emitirán su opinión en relación con la estructura general del instrumento, revisando la pertinencia de las preguntas y su adecuación al objetivo de la investigación.

Este proceso de validación permitió que el instrumento fuese ajustado para asegurar que mida de manera precisa el conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de pacientes preeclámpticas. Asimismo, se revisaron aspectos como la claridad de las preguntas, la coherencia de los ítems, y la precisión del lenguaje utilizado, para garantizar que el cuestionario sea comprensible y adecuado para los participantes.

Finalmente, con los ajustes recomendados por los expertos, se procedió a aplicar el instrumento en las fases de pretest y postest, asegurando que la validez de contenido esté garantizada y que los resultados obtenidos reflejen con precisión el impacto de la intervención educativa.

Dentro de los tipos de validez existe la validez de contenido que es la que establece si las preguntas elegidas en un cuestionario son una buena muestra del conjunto teórico de todas las preguntas posibles que podrían hacerse sobre el tema del que versa el cuestionario. Llegados a este punto, es cuando una de las opciones que puede tomar el investigador para validar su instrumento de medida es lo que se llama una prueba de jueces. La prueba de jueces consiste en una encuesta a expertos en la materia en que deben pronunciarse sobre los ítems que han sido seleccionados para el cuestionario. Se les solicita a los expertos que se pronuncien para cada ítem, sobre la oportunidad o no de incluirlo en el cuestionario.

Para realizar la validación por juicios de expertos, se siguieron las propuestas que mencionan Skjong y Wentworht (2000), y de Arquer (1995) en el siguiente orden: (a) Preparar instrucciones y planillas, (b) seleccionar los expertos, (c) explicar el contexto, (d) posibilitar la discusión, y (e) establecer el acuerdo entre los expertos por medio del cálculo de consistencia. En efecto, los expertos expresaron sus criterios para la validez de contenido del instrumento a utilizar en la investigación.

3.6.1 Validez de contenido

Para establecer un posible universo de reactivos se requiere tener una adecuada conceptualización y operacionalización del constructo, es decir, las investigadoras debieron especificar previamente las dimensiones a medir y sus indicadores, a partir de

los cuales se realizaron los ítems. Los ítems seleccionados miden las dimensiones del constructo.

El proceso de la elaboración y validación del instrumento de medición para la investigación intitulada: “Eficacia de una intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpticas dirigida al profesional de Enfermería. Emergencia Obstétrica – IAHULA, Mérida 2025”, se llevó en dos fases: la primera fue cualitativa, que consiste en la elaboración del instrumento, y la segunda es la fase cuantitativa, en la que se realizó la evaluación de las propiedades métricas en las que se utilizan la validez de contenido.

Se decidió llevar a cabo la especificación del índice cuantitativo para la validez de contenido del instrumento mediante el modelo de Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008), en donde se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada, sin embargo, los ítems que no fueron aprobados con el 100% se sometieron a revisión a criterio de la tutora y las investigadoras.

La validez del instrumento fue solicitada a los expertos por correo electrónico. A las tres expertas se le envió un ejemplar digital del cuestionario, en la cual se explicaban los propósitos del estudio, la definición conceptual y operacional de las variables, y también se les proporcionó una hoja para el registro y evaluación de los ítems correspondientes a las *74 preguntas del instrumento original*, quedando finalmente con 58 ítems. Posteriormente, los expertos dieron su valoración a cada una de las preguntas, respondiendo de acuerdo a los criterios de claridad en la redacción de los ítems, coherencia, inducción a la respuesta, lenguaje adecuado con el nivel del informante y mide lo que pretende medir los objetivos en la escala dicotómica de sí y no. Subsiguientemente se determinó el índice de validez de contenido descritas en el modelo de Lawshe (CVR) y la razón de validez de contenido modificada por Tristán (CVR') para cada uno de los ítems mediante las ecuaciones correspondientes; donde los ítems se consideran aceptables cuando su CVR' es igual o mayor a 0,58. Cabe mencionar que el tratamiento de los datos de la información obtenida se hizo a través del software Microsoft Excel ® integrando las siguientes formulas:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde, CVI = Índice de Validez de Contenido.

CVR_i = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M = Total de ítems aceptables en la prueba.

Donde, CVI' = Índice de Validez de Contenido modificado por Tristán

CVR = Razón de Validez de Contenido para cada ítem de acuerdo con el criterio de Tristán.

$$CVI' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Tabla N° 7 Validez de contenido del cuestionario “Eficacia de una intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpticas dirigida al profesional de Enfermería. Emergencia Obstétrica – IAHULA, Mérida 2025”.

Dimensiones	Ítems	Coeficiente de razón de validez ajustada (CVR')			Observación
		Coherencia	Claridad	Pertinencia	
Saber de Enfermería	24, 25	1	1	1	Aprobados
	1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 18, 19, 20, 21, 22.	1	0,33	1	Se requiere modificarlos
	3, 12, 13, 14	1	0,67	1	Se requiere revisar los ítems.
	11, 23.	0,67	0,67	1	Se requiere revisar los Ítems según el criterio.
	6, 7, 15, 16, 17, 26.	0,67	0,33	0,67	Eliminar
Práctica de Enfermería	2, 6, 10, 18, 19, 29, 30, 34, 35, 38, 41, 43	1	1	1	Aprobados
	5, 8, 23, 42	0,67	0,67	0,67	Se requiere revisar la los ítems

1, 3, 4, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 27, 31, 37,39, 40, 45, 46, 47, 48	1	0,67	1	
7	1	0,67	0,67	Se sugiere modificar la coherencia y claridad de los ítems
11, 20, 26, 28, 32, 33, 36, 44.	0,66	0,33	0,67	Eliminar

Fuente: Cálculos propios.

Al contar con las valoraciones de las tres expertas, se procedió a determinar la frecuencia de las respuestas en cada ítem, con el objeto de establecer la calidad de cada uno. En el cuadro 1, se detalla que once (14) ítems quedaron valorados con menos de 0.58. Del total de las preguntas, 46 de los ítems lo que representa el 62,2 % se sugiere modificar basado en el criterio de claridad, coherencia y pertinencia del contenido, y únicamente se dejaron sin modificación aquellos ítems que obtuvieron la CVR' positiva, es decir, 14 ítems aprobados con el 100% que han sido valorados como fundamentales por los expertos. Se consideró eliminar 14 ítems.

Por tanto, para la investigación se realizó la revisión, modificación y eliminación de los ítems del cuestionario mencionados en la tabla 8.

Confiabilidad de consistencia interna del instrumento

a. El Coeficiente Alfa de Cronbach.

Se requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja (Celina y Campo, 2005). Este valor manifiesta la consistencia interna, es decir, muestra la correlación entre cada una de las preguntas; un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas (Molina, et al., 2013).

A partir de los resultados de la prueba piloto a 10 profesionales de enfermería se creó una base de datos en el software estadístico IBM SPSS versión 25, y se procedió a determinar la consistencia interna para 20 ítems de escala politómica (saber de

enfermería) y 38 ítems en escala de Likert práctica de enfermería de la segunda parte del instrumento, utilizando el coeficiente de **confiabilidad alfa de Cronbach**, dando como resultado **0,932** (*Anexo 1*); a partir de este valor y considerando el trabajo investigativo de Avecillas y Lozano (2016), que describe escalas de clasificación de los niveles de fiabilidad al utilizar el Alfa de Cronbach, que se muestra en la tabla N°8, se concluyó que el valor obtenido indica que el instrumento tiene un nivel excelente de fiabilidad.

Tabla N° 8 *Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach*

Índice	Nivel de fiabilidad	Valor de Alfa de Cronbach
1	Excelente	0,91 – 1
2	Muy bueno	0,71 – 0,90
3	Bueno	0,51 – 0,70
4	Regular	0,31 – 0,50
5	Deficiente	0 – 0,30

3.8 Procedimiento para la recolección de los datos

Para llevar a cabo la recolección de datos, se siguieron las siguientes pautas:

Solicitud de permiso: Se obtuvo el permiso formal de la Coordinadora de la Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) para la aplicación del instrumento de recolección de datos. Este paso fue esencial para contar con la aprobación institucional y facilitar la interacción con el personal de enfermería.

Información al personal: El personal de enfermería fue informado previamente sobre la investigación. Se les explicó el objetivo del estudio, resaltando la importancia de evaluar los conocimientos sobre el manejo de pacientes preeclámpticas y el impacto de la intervención educativa. Asimismo, se detallaron los beneficios esperados tanto en la mejora de la atención de las pacientes como en el desarrollo profesional del personal.

Consentimiento informado: Antes de la recolección de datos, a cada participante se le proporcionó un consentimiento informado, el cual contenía información detallada sobre el propósito de la investigación, la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de los datos y el derecho a retirarse del estudio sin repercusiones. Además, se especificaron los procedimientos a seguir. Cada participante firmó este documento, asegurando su comprensión y aceptación voluntaria para formar parte del estudio.

Aplicación de la preprueba: Antes de la intervención educativa, se administró un pretest para evaluar el conocimiento previo del personal de enfermería sobre el manejo de pacientes preeclámpticas. Esta prueba se llevó a cabo en un espacio previamente acordado con la coordinación del servicio, asegurando un ambiente adecuado para la concentración del personal.

El tiempo asignado para completar el pretest fue de 20 a 30 minutos, garantizando que los participantes pudieran responder todas las preguntas sin presión de tiempo. Asimismo, se aseguró la anonimidad de las respuestas, preservando la privacidad de los participantes.

Intervención educativa: Una vez finalizada la recolección del pretest, se realizó la intervención educativa, que consistió en sesiones formativas estructuradas. Estas incluyeron charlas y material didáctico sobre el manejo integral de pacientes preeclámpticas, con el objetivo de reforzar tanto los conocimientos teóricos como los aspectos prácticos, haciendo especial énfasis en la atención de emergencias obstétricas

La sesión educativa tuvo una duración de 40 minutos y se programó en un horario que permitiera la participación de la mayoría del personal, sin afectar el desarrollo de sus actividades dentro de la unidad.

Aplicación de la posprueba: Inmediatamente después de la intervención educativa, se administró el postest para evaluar el impacto de la capacitación. Las preguntas formuladas fueron similares a las del pretest, lo que permitió medir el conocimiento adquirido durante la intervención.

El postest se aplicó en condiciones similares al pretest, con un tiempo estimado de 20 a 30 minutos para su realización. Al igual que en la primera fase, se garantizó el anonimato de las respuestas, asegurando la comparabilidad de los resultados obtenidos.

Recolección y almacenamiento de los datos: Los datos obtenidos tanto en la preprueba como en la posprueba fueron almacenados de forma segura y confidencial, bajo el resguardo de las investigadoras responsables del estudio. Los cuestionarios fueron numerados y resguardados en un sistema digital con acceso restringido, con el fin de proteger la información personal de los participantes y garantizar su uso exclusivo para fines académicos. Se implementaron medidas de seguridad para evitar la pérdida o el mal manejo de los datos.

Seguimiento y retroalimentación: Posteriormente, se programó una sesión de retroalimentación con el personal participante, en la que se presentaron los hallazgos obtenidos y se brindaron recomendaciones orientadas a mejorar la atención en el manejo de pacientes preeclámpticas.

Consideraciones éticas adicionales: Además de la firma del consentimiento informado, se garantizó que los resultados obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y para la optimización de los procedimientos clínicos. Se respetó la integridad y privacidad de cada uno de los participantes, cumpliendo con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia a lo largo de todo el proceso de recolección de datos.

3.9 Técnica de Procesamiento y Análisis Estadístico.

Para el análisis estadístico se empleó la estadística descriptiva a fin de determinar las frecuencias absolutas y porcentajes de las respuestas de cada ítem, los cuales se expresaron en tablas. Así mismo, se utilizó estadística inferencial el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.0.

Además, se afirman o se niegan las hipótesis planteadas mediante la prueba estadística T de Student, para muestras relacionadas.

Si $p < 0,05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas.

Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas.

El p valor de 0,05 es un valor establecido de acuerdo al nivel de confianza al 95%.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo hace referencia a la presentación, análisis y discusión de los resultados de la información de la “Eficacia de una Intervención Educativa sobre el manejo de pacientes Preeclámpticas dirigida al profesional de Enfermería. Emergencia Obstétrica – IAHULA, Mérida 2024”. De esta manera, se procede a realizar el análisis estadístico descriptivo e inferencial de la información mediante tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y valores estadísticos, correspondientes a cada uno de los ítems representativos de las variables, dimensiones e indicadores en estudio. Los resultados se obtuvieron de los programas Microsoft Excel 2016 y SPSS versión 25. A continuación se muestra las tablas según los objetivos de la investigación:

Tabla N° 9 Características sociodemográficas de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025.

Indicador	Categoría	Frecuencia	%
Edad	22 - 28 años	3	10
	29 - 35 años	6	20
	36 - 42 años	11	36,7
	43 - 49 años	7	23,3
	50 - 56 años	2	6,6
	57 - 63 años	1	3,3
	Total	30	100
Género	Femenino	29	96,7
	Masculino	1	3,3
	Total	30	100

Fuente: Datos obtenidos de los profesionales de enfermería activos de la Emergencia Obstétrica del IAHULA.

En la tabla N°9, se aprecia que el grupo de edad predominante de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstetricia del IAHULA, se ubico en el rango de edad de 36 a 42 años con el 36,7% (n=11), lo que sugiere que el personal de enfermeria que labora en el servicio durante el periodo de estudio es adulto joven. Por su parte, el 23,3% (n=7) se encuentra en la categoría de 43 a 49 años, el 20% (n=6) de 29 a 35 años, el 10 % (n=3) de 22 a 28 años, el 6,6% (n=2) de 50 a 56 años y el 3,3% (n=1) de 57 a 63 años. Asimismo, se evidencia que el género dominante para esta investigación fue el femenino con el 96,7% (n=29) de la población total del personal, mientras, que el 3,3% (n=1) es del género masculino.

Estos resultados difieren de los hallazgos reportados por Condezo (2021), quien identificó un predominio de edades entre 23 y 24 años (77%) en una población conformada por internos de enfermería, lo que refleja una diferencia en el nivel de experiencia profesional entre ambas muestras. No obstante, en relación con el género, ambos estudios coinciden en evidenciar un claro predominio femenino, representando el 96,7% de la muestra en el presente estudio y el 86% en el de Condezo, lo que reafirma la tendencia histórica de feminización en la profesión de enfermería.

Tabla N° 10 *Datos académicos de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025.*

Indicador	Categoría	Frecuencia	%
Nivel Académico	TSU	3	10,0
	Licenciado (a) en Enfermería	25	83,3
	Magister	2	6,7
	Total	30	100
Programas de actualización	Si	2	6,7
	No	28	93,3
	Total	30	100

Fuente: Datos obtenidos de los profesionales de enfermería activos de la Emergencia Obstétrica del IAHULA.

En la tabla N°10, se evidencia en cuanto a los datos académicos de los profesionales de Enfermería que laboran Emergencia Obstetricia del IAHULA, para el indicador nivel académico, la mayoría son Licenciados en Enfermería con el 83,3% (n=25). Mientras, el 10% (n=3) TSU y el 6,7% (n=2) tienen estudios de cuarto nivel de Maestría. Además, el 93,3% (n=28) de los profesionales de Enfermería no han participado en programas de actualización sobre el manejo de preeclampsia mientras que un 6,7% (n=2) sí.

Por su parte, los resultados antes mencionados difieren de los arrojados por Arias (2023) donde evidencio una distribución académica distinta, destacando un mayor porcentaje de profesionales con formación de cuarto nivel (27%) y una menor proporción de licenciadas (33%), lo que pone de manifiesto diferencias contextuales en cuanto al perfil formativo del personal de enfermería.

Por otro lado, Palacios (2024) presenta una situación algo diferente, ya que señala que el 46% de los profesionales encuestados recibió capacitación sobre el manejo de preeclampsia hace dos años, mientras que otro 46% lo hizo el año anterior. Aunque también se identifica una falta de formación continua en una parte significativa del personal, se resalta un porcentaje notable de profesionales que han recibido capacitación recientemente. Además, un 8% de los encuestados reportó haber participado en capacitaciones autónomas más recientes, lo que sugiere un compromiso personal por mantenerse actualizado.

Tabla N° 11 Datos laborales de los profesionales de Enfermería que laboran en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025.

Indicador	Categoría	Frecuencia	%
-----------	-----------	------------	---

Años de servicio	Menos de 1 año	3	10,0
	1 – 5	5	16,7
	6 – 10	8	26,7
	11 – 15	8	26,7
	16 – 20	4	13,3
	21 ó más	2	6,6
	Total	30	100
Años de servicio en la EO	Menos de 1año	3	10,0
	1 – 5	8	26,7
	6 – 10	7	23,3
	11- 15	7	23,3
	16 – 20	4	13,3
	21 ó más	1	3,3
	Total	30	100
Turno en que Labora	Mañana	7	23,3
	Tarde	3	10,0
	Noche	13	43,3
	Mañana y noche	2	6,7
	12 Horas	4	13,3
	24 Horas	1	3,3
	Total	30	100
Aplicación de protocolos	No	19	63,3
	Si	11	36,7
	Total	30	100

Fuente: Datos obtenidos de los profesionales de enfermería activos de la Emergencia Obstétrica del IAHULA.

La tabla anterior, muestra los datos laborales de los profesionales de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA, observándose en cuanto a los años de servicio el grupo predominante se encontró entre el rango de 6 a 10 años con el 26,7% (n=8), y en igual proporción entre el grupo de 11 a 15 años respectivamente. De la misma forma, el 16,7 % (n=5) se ubicó en el rango de 1 a 5 años, el 13,3% (n=4) entre 16 a 20 años, con un 10% (n=3) menos de 1 años y el 6,6 % (n=2) tiene 21 años o más de servicio profesional.

Seguidamente, para los años de servicio en la EO, se evidencia que el mayor número se ubicó en el rango de 1 a 5 años con el 26,7% (n=8) de los profesionales de

Enfermería, mientras el 23,3% (n=7) tiene entre 6 a 10 años y con igual porcentaje de 23,3% entre 11 a 15 años, el 13,3% (n=4) entre 16 a 20 años, con un 10% (n=3) menos de 1 años y el 3,3 % (n=1) tiene 21 años o más laborando en la emergencia; por lo tanto, los datos encontrados sugieren que el servicio de la emergencia obstétrica cuenta con personal con alta experiencia laboral.

En cuanto a la experiencia laboral de los profesionales de enfermería en la emergencia obstétrica del IAHULA, se observa que el grupo predominante tiene entre 6 y 10 años de servicio (26,7%), seguido en igual proporción por aquellos con 11 a 15 años de experiencia. En lo que respecta a su permanencia específica en la unidad de emergencia obstétrica, el mayor porcentaje se encuentra en el rango de 1 a 5 años (26,7%).

Por su parte, se encontró que la mayoría de los de los profesionales de Enfermería laboran en el turno de la noche con el 43,3% (n=13), así mismo, el 23,3% (n=7) en la mañana, el 13,3% (n=4) realizan una jornada de 12 horas, con un 10% (n=3) cumple funciones asistenciales en la tarde, el 6,7% (n=2) labora mañana y noche y el 3,3 % (n=1) labora 24 horas en el servicio. Por otro lado, el 63,3% (n=19) de los profesionales de Enfermería que laboran Emergencia Obstetricia del IAHULA no aplican guías o protocolos de cuidados enfermeros sobre el manejo de preeclampsia, lo que pudiera generar una atención de salud inapropiada a las usuarias o pacientes que acuden al servicio; en contraste al 39,7% (n=11) si utilizan o aplican protocolos de cuidados.

Estos resultados difieren, a lo que reporto el estudio de Arias (2023), donde el 67% de las enfermeras trabajaron más de 4 años en la institución, lo que resalta una

mayor estabilidad en la experiencia laboral en comparación con el presente estudio, en el que el personal muestra una mayor diversidad en los años de servicio dentro de la unidad de emergencia obstétrica.

Por su parte, Palacios (2024) destaca que el 77% de los profesionales de enfermería en su estudio están al tanto de la existencia de un protocolo específico para el manejo de pacientes preeclámpticas, lo cual es positivo, pero también señala que el 23% de los encuestados no conocen dicho protocolo. Este dato subraya la importancia de garantizar que todos los profesionales estén debidamente capacitados y actualizados, dado que la falta de conocimiento sobre estos protocolos podría llevar a inconsistencias en la atención y, potencialmente, comprometer la calidad y seguridad del cuidado brindado a las pacientes.

www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 12 *Conocimiento sobre los conceptos básicos de preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025*

N°	Ítems	I.E.	Correcto		Incorrecto		p-valor
			fi	%	fi	%	
1	La Hipertensión arterial (HTA) gestacional es cuando la presión arterial sistólica (PAS) $\geq 140\text{mmHg}$ y/o presión arterial diastólica (PAD) $\geq 90\text{mmHg}$, a las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa.	Pretest	18	60	12	40	0,581
		Posttest	15	50	15	50	
2	La Hipertensión gestacional es un trastorno de la gestación caracterizado por cifras tensionales elevadas, a las 20 semanas de gestación, en la que no existe proteinuria.	Pretest	20	66,7	10	33,3	0,065
		Posttest	27	90	3	10	

3	La preeclampsia sin signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales posterior a las 20 semanas de gestación en una mujer con presión arterial previa normal y que se acompaña de proteinuria.	Pretest	18	60	12	40	1,000
		Posttest	18	60	12	40	
4	La preeclampsia con signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales en una mujer con presión arterial previa normal y que generalmente se acompaña de proteinuria, sin alteraciones neurológicas, cefalea, escotomas, fosfenos.	Pretest	18	60	12	40	1,000
		Posttest	19	63,3	11	36,7	
5	La hipertensión arterial crónica está presente antes del embarazo o que se diagnostica antes de la semana veinte (20) de gestación, y que generalmente permanece posterior a las 12 semanas postparto.	Pretest	22	73,3	8	26,7	0,109
		Posttest	28	93,3	2	6,7	

Nota: ** Prueba McNemar (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla 12 se observó en el ítem 1, la hipertensión arterial (HTA) gestacional es cuando la Presión Arterial Sistólica (PAS) $\geq 140\text{mmHg}$ y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) $\geq 90\text{mmHg}$, a las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, En el pretest, el 60% (n=18) respondió correctamente, y el 40% (n=12) respondió de forma incorrecta, mientras en el posttest el 50% (n=15) respondieron correctamente e incorrectamente, resultando en la prueba de McNemar un p valor de 0,581 marcando como no estadísticamente significativo. Para el ítem 2, la hipertensión gestacional es un trastorno de la gestación caracterizado por cifras tensionales elevadas, a las 20 semanas de gestación, en la que no existe proteinuria, en el pretest el 66,7% (n=20) respondió acertadamente, mientras que el 33,3% (n=10) contestó de forma incorrecta, en el posttest el 90% (n=27) indicó la opción correcta y el 10% (n=3)

respondió incorrectamente, arrojando un p valor de 0,065 siendo no estadísticamente significativo.

Seguidamente, en el ítem 3, la preeclampsia sin signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales posterior a las 20 semanas de gestación en una mujer con presión arterial previa normal y que se acompaña de proteinuria, en el pretest el 60% (n=18) respondió correctamente, por su parte, el 26,7% (n=8) contestó de forma incorrecta, mientras en el posttest los resultados fueron iguales, dando con un p valor de 1,000 siendo no significativo; en el ítem 4 se señala que la preeclampsia con signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales en una mujer con presión arterial previa normal y que generalmente se acompaña de proteinuria, sin alteraciones neurológicas, cefalea, escotomas, fosfenos, el 40% (n=12) respondió falso siendo la opción correcta, mientras que el 60% (n=18) respondió verdadero, y en el posttest el 36,7% (n=11) respondió falso, reportando un p valor de 1,000 no significativo.

Asimismo, en el ítem 5 se indica que la hipertensión arterial crónica está presente antes del embarazo o que se diagnostica antes de la semana veinte (20) de gestación, y que generalmente permanece posterior a las 12 semanas postparto, el 73,3% (n=22) respondió verdadero, contrario al 26,7% (n=8) expreso falso, y en el posttest el 93,3% (n=28) alegó verdadero, con un p valor de 0,109 no significativo.

Los resultados presentados en la tabla N°12, se relacionan con los encontrados por Arias (2023), en su investigación donde reportó que el 80% del personal entrevistado reconoció correctamente los criterios diagnósticos para la preeclampsia sin signos de gravedad, destacando una alta precisión en el conocimiento de esta condición

en comparación con los resultados obtenidos en este estudio, donde los conocimientos no presentaron una mejora significativa tras la intervención educativa.

Tabla N° 13 Conocimiento sobre la clasificación de preeclampsia y exámenes de laboratorio que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025

N°	Ítems	I.E.	Verdadero		Falso		p-valor
			fi	%	Fi	%	
6	La preeclampsia se clasifica en preeclampsia con signos y sin signos de severidad, según los niveles de presión arterial y los daños en órganos diana.	Pretest	28	93,3	2	6,7	*
		Posttest	30	100	0	0	
7	La preeclampsia se puede clasificar según su gravedad en Leve, Moderada y Grave.	Pretest	11	36,6	19	63,3	0,002**
		Posttest	1	3,3	29	96,7	
8	Los valores de creatinina sérica > 1,1 mg/dl o el doble de la creatinina sérica normal/basal, junto con una urea < 40 mg/dl, son indicativos de una injuria renal aguda en una paciente preecláptica.	Pretest	27	90	3	10	0,000**
		Posttest	8	26,7	22	73,3	
9	Las enzimas hepáticas (TGO – TGP) con valores generalmente ≤ a 70 UI/L, Lactato Deshidrogenasa (LDH) > 600 mg/dl, son indicativos de una injuria hepática para preeclampsia.	Pretest	26	86,7	4	13,3	0,000**
		Posttest	6	20	24	80	

Nota: ** Prueba McNemar (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla N°13, se obtuvo en el ítem 6 del pretest concerniente a la preeclampsia se clasifica en preeclampsia con signos y sin signos de severidad, según los niveles de presión arterial y los daños en órganos diana, el 93,3% (n=28) alegó que el enunciado es verdadero siendo correcto y el 6,7% (n=2) falso; en el ítem 7 se mencionó que la preeclampsia se puede clasificar según su gravedad en Leve, Moderada

y Grave, y el 63,3% (n=19) respondió falso lo que es correcto, en oposición al 36,7% (n=11) que expresó verdadero el enunciado. Y después de realizada la intervención educativa a los profesionales de enfermería los resultados fueron: el 100% (n=30) en el ítem 6 respondió que el enunciado es verdadero; entretanto el 96,7% (n=29) expresó que lo formulado en el ítem 7 es falso, y se obtuvo un p-valor 0,002 en la prueba McNemar, evidenciando que es estadísticamente significativa las diferencias entre el pretest y posttest.

Del mismo modo, en el ítem 8 se obtuvo en el pretest referente a los valores de creatinina sérica $> 1,1$ mg/dl o el doble de la creatinina sérica normal/basal, junto con una urea < 40 mg/dl, son indicativos de una injuria renal aguda en una paciente preeclámpsica, el 10 % (n=3) dijo que el enunciado es falso siendo correcto tal contestación y el 90% (n=27) respondió verdadero; en el ítem 9 se mencionó que las enzimas hepáticas (TGO – TGP) con valores generalmente $\leq$ a 70 UI/L, Lactato Deshidrogenasa (LDH) >600 mg/dl, son indicativos de una injuria hepática para preeclampsia, el 13,3% (n=4) respondió falso lo que es correcto, en oposición al 86,7% (n=26) que respondió verdadero. Posterior a la intervención educativa a los profesionales de enfermería los resultados fueron: el 73,3% (n=22) en el ítem 8 respondió que el enunciado es falso, el 80% (n=24) expresó que lo expuesto en el ítem 9 es falso, y en ambos ítems se obtuvo un p-valor 0,000 en la prueba McNemar, evidenciando que es estadísticamente significativa las diferencias entre el pretest y posttest.

Del mismo modo, los resultados expresados en la tabla, se concierten con los arrojados en el estudio de Arias (2023), encontrando que el 80% del personal

entrevistado reconoció correctamente los criterios diagnósticos para la preeclampsia sin signos de gravedad, destacando una alta precisión en el conocimiento de esta condición.

Tabla N° 14 Conocimiento sobre los métodos diagnósticos en la preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025

N°	Ítems	I.E.	Verdadero		Falso		p-valor
			fi	%	fi	%	
10	El método de elección para la medición de la proteinuria es a través de la recolección de orina en 24 horas	Pretest	28	93,3	2	6,7	1,000
		Posttest	29	96,7	1	3,3	
11	Las pruebas de laboratorio como: Hematología completa, láctico deshidrogenasa (LDH) y bilirrubina total y fraccionada, responden al riesgo de hemólisis en la preeclampsia	Pretest	16	53,3	14	46,7	0,001**
		Posttest	27	90	3	10	
12	La gestante con hipertensión arterial tiene indicado al ingreso de la hospitalización la realización de un electrocardiograma.	Pretest	14	46,7	16	53,3	0,006**
		Posttest	24	80	6	20	
13	La somnolencia, estados de estupor, depresión respiratoria, paro cardíaco, disminución del gasto urinario y pérdida de reflejos osteotendinosos pueden ser síntomas comunes en otras condiciones y no siempre indican intoxicación por sulfato de magnesio.	Pretest	20	66,7	10	33,3	0,000**
		Posttest	7	23,3	23	76,7	

Nota: ** Prueba McNemar (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla anterior se obtuvo en el ítem 10 del pretest, sobre el método de elección para la medición de la proteinuria es a través de la recolección de orina en 24 horas, el 93,3 % (n=28) dijo que el enunciado es verdadero siendo correcto tal

afirmación y el 6,7 % (n=2) respondió falso; en el ítem 11 se mencionó las pruebas de laboratorio como: Hematología completa, láctico deshidrogenasa (LDH) y bilirrubina total y fraccionada, responden al riesgo de hemólisis en la preeclampsia, el 53,3% (n=16) respondió verdadero lo que es correcto, en oposición al 46,7% (n=14) que respondió falso; en el ítem 12 se nombra que la gestante con hipertensión arterial tiene indicado al ingreso de la hospitalización la realización de un electrocardiograma, el 46,7% (n=14) respondió verdadero, en oposición al 16% (n=53,3) falso; en el ítem 13 se señaló que la somnolencia, estados de estupor, depresión respiratoria, paro cardíaco, disminución del gasto urinario y pérdida de reflejos osteotendinosos pueden ser síntomas comunes en otras condiciones y no siempre indican intoxicación por sulfato de magnesio, el 33,3% (n=10) respondió falso siendo la opción correcta mientras que el 66,7% (n=20) respondió verdadero. Posterior a la intervención educativa aplicada a los profesionales de enfermería los resultados fueron: el 96,7% (n=29) en el ítem 10 respondió que el enunciado es verdadero y con un p valor de 1,000 no significativo; el 90% (n=27) expresó que lo expuesto en el ítem 11 es verdadero y con un p valor de 0,001 significativo estadísticamente; el 80% (n=24) en el ítem 12 respondió que el enunciado es verdadero y se obtuvo un p-valor 0,006 en la prueba estadística McNemar, evidenciando estadísticamente significativo las diferencias en el pretest y posttest; el 76,7% (n=23) expresó que lo formulado en el ítem 13 es falso y con un p valor de 0,000 significativo estadísticamente.

Estos resultados guardan relación con los hallazgos de Pachó (2021), quien en su estudio titulado Evaluación de la aplicación de estándares de calidad en embarazadas con preeclampsia atendidas en el Centro de Salud Tipo C Rioverde, reportó que el 75 % de los profesionales de salud encuestados sabían que el examen de proteinuria debe

realizarse a partir de las 20 semanas de gestación, independientemente de si hay o no alteraciones en la presión arterial.

Tabla N° 15 Conocimiento sobre el tratamiento de la preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	I.E.	Verdadero		Falso		p-valor
			Fi	%	fi	%	
14	El objetivo principal, del tratamiento antihipertensivo, es prevenir un evento cerebro vascular hemorrágico.	Pretest	27	90	3	10	1,000
		Posttest	26	86,7	4	13,3	
15	El labetalol (Alfa bloqueante) y la hidralazina, se consideran los fármacos de primera elección en los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.	Pretest	10	33,3	20	66,7	0,000**
		Posttest	29	96,7	1	3,3	
16	El sulfato de magnesio es un tratamiento utilizado en mujeres con preeclampsia, independientemente de la severidad, para la prevención de convulsiones, con una dosis de carga de 4-6 g intravenosa seguida de una dosis de mantenimiento de 1-2 g/h.	Pretest	27	90	3	10	0,039**
		Posttest	20	66,7	10	33,3	

Nota: ** Prueba McNemar (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

La tabla anterior expresa, los resultados en cuanto al ítem 14 en el pretest vinculado al objetivo principal del tratamiento antihipertensivo, es prevenir un evento cerebro vascular hemorrágico, el 90 % (n=27) dijo que el enunciado es verdadero siendo correcto tal afirmación y el 10% (n=3) respondió falso; en el ítem 15 se mencionó que el labetalol (Alfa bloqueante) y la hidralazina, se consideran los fármacos de primera elección en los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo, el 33,3 % (n=10) dijo que el enunciado es verdadero siendo correcto tal afirmación y el 66,7% (n=20) respondió falso; el ítem 16 referente al sulfato de magnesio es un tratamiento utilizado

en mujeres con preeclampsia, independientemente de la severidad, para la prevención de convulsiones, con una dosis de carga de 4-6 g intravenosa seguida de una dosis de mantenimiento de 1-2 g/h, el 90 % (n=27) dijo que el enunciado es verdadero siendo correcto tal afirmación y el 10% (n=3) respondió falso. Por su parte, después de realizada la intervención educativa a los profesionales de enfermería los resultados fueron: el 86,7% (n=26) en el ítem 14 respondió que el enunciado es verdadero y con un p valor de 1,000 no significativo; el 96,7% (n=29) en el ítem 15 respondió que el enunciado es verdadero y con un p valor de 0,000 significativo estadísticamente; el 66,7% (n=20) en el ítem 16 respondió que el enunciado es verdadero y con un p valor de 0,039 significativo estadísticamente.

Tabla N° 16 Conocimiento sobre el tratamiento de la preeclampsia que tienen los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	I.E.	Verdadero		Falso		p-valor
			Fi	%	fi	%	
17	Para la prevención de convulsiones, una de las opciones, es administrar 6g de Sulfato de magnesio, vía endovenosa, diluidos hasta 100 mL de solución 0,45 %, a pasar en 30 minutos, como dosis de impregnación. Se continúa con 6 g en 500 mL de solución 0,45 %, a razón de 28 gotas por minuto, para una dosis de mantenimiento de 1 g por hora.	Pretest	7	23,3	23	76,7	0,289
		Posttest	3	10	27	90	
18	En pacientes con presión arterial $\geq$ 160/110 mm Hg, se puede administrar Nifedipina 10 mg vía sublingual. La dosis puede repetirse cada 20 minutos, siempre realizando un monitoreo continuo de la presión arterial para garantizar la dosificación adecuada.	Pretest	24	80	6	20	0,219
		Posttest	28	93,3	2	6,7	
19	Los valores terapéuticos de sulfato de magnesio deben oscilar entre 1-8 mg/dL o su equivalente de 1-4 mmol/L, para evitar toxicidad.	Pretest	23	76,7	7	23,3	0,001**
		Posttest	9	30	21	70	

20	En una paciente diagnosticada con preeclampsia, a las 22 semanas de gestación, tiene criterio para la inducción de madurez fetal, usando como fármaco la Betametasona: 12 mg. vía intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.	Pretest	18	60	12	40	0,012**
		Posttest	9	30	21	70	

Nota: ** Prueba McNemar (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

La continuación de la tabla N°15, se evidencio para el ítem 17 concerniente a la prevención de convulsiones, una de las opciones, es administrar 6g de Sulfato de magnesio, vía endovenosa, diluidos hasta 100 mL de solución 0,45 %, a pasar en 30 minutos, como dosis de impregnación, posteriormente se continua con 6 g en 500 mL de solución 0,45 %, a razón de 28 gotas por minuto, para una dosis de mantenimiento de 1 g por hora, el 76,7 % (n=23) expresó que el enunciado es falso siendo correcto y el 23,3% (n=7) verdadero; el ítem 18 pertinente al paciente con presión arterial $\geq 160/110$ mm Hg, se puede administrar Nifedipina 10 mg vía sublingual, y la dosis puede repetirse cada 20 minutos, siempre realizando un monitoreo continuo de la presión arterial para garantizar la dosificación adecuada, el 80 % (n=24) expuso que el enunciado es verdadero siendo correcto tal afirmación y el 20% (n=6) falso; el ítem 19 relativo a los valores terapéuticos de sulfato de magnesio deben oscilar entre 1-8 mg/dL o su equivalente de 1-4 mmol/L, para evitar toxicidad, el 23,3 % (n=7) expresó que el enunciado es falso siendo correcto tal aseveración y el 76,7% (n=23) verdadero; el ítem 20 referente a una paciente diagnosticada con preeclampsia, a las 22 semanas de gestación, tiene criterio para la inducción de madurez fetal, usando como fármaco la Betametasona: 12 mg. vía intramuscular cada 24 horas por 2 dosis, el 40 % (n=12) expresó que el enunciado es falso siendo correcto lo indicado y el 60% (n=18) respondió verdadero. Posterior a la intervención educativa, se obtuvo en el ítem 17 el

90% (n=27) respondió que el enunciado es falso y con un p valor de 0,289 no significativo; el 93,3% (n=28) en el ítem 18 respondió que el enunciado es verdadero y con un p valor de 0,219 no significativo; en el ítem 19 el 70% (n=21) respondió que el enunciado es falso; dado un p-valor de 0,001 estadísticamente significativo, y en el ítem 20 el 70% (n=21) respondió que el enunciado es falso y con un p valor de 0,012 significativo estadísticamente.

Estos resultados guardan concordancia con los datos reportados por Pacheco (2021), quien evidenció que el 92 % del personal de enfermería se considera capacitado para intervenir en situaciones de emergencia hipertensiva mediante la administración de tratamiento de impregnación. Asimismo, el 63 % de los encuestados manifestó que, ante una presión arterial diastólica superior a 110 mmHg, utilizan Nifedipina 10 mg como medida terapéutica inicial, implementando controles tensionales cada 20 minutos con el objetivo de evitar descensos excesivos que comprometan la perfusión, especialmente cuando los valores se aproximan a 90 mmHg.

Tabla N°16. Nivel de Conocimiento antes de aplicar la intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas que posee el profesional de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

Nivel de conocimiento	Fr	%
Alto	03	10
Medio	26	86,6
Bajo	01	3,3
Total	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a Profesionales de enfermería, EO-IAHULA.

La tabla N°16, refleja el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería que labora en la emergencia obstétrica del IAHULA, antes de la aplicación

de la intervención educativa, reporta un nivel de conocimiento medio con el 86,6% (n=26), mientras que 10% reporta un nivel alto conocimiento.

De forma similar, los resultados antes presentados se relacionan con los obtenido por Condezo (2021), donde expresa que antes de su intervención, el 61,7% obtuvo calificaciones regulares y el 38,3% resultados desaprobatórios, lo que refuerza la necesidad de aplicar estrategias educativas que contribuyan al fortalecimiento del conocimiento profesional.

Tabla N° 17 Nivel de Conocimiento después de aplicar la intervención educativa sobre el Manejo de Pacientes Preeclámpticas que posee el profesional de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

Nivel de conocimiento	Fr	%
Alto	27	90
Medio	03	10
Bajo	00	0
Total	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a Profesionales de enfermería, EO-IAHULA.

En la tabla N°17, se observa los resultados sobre el conocimiento de los profesionales de enfermería de la emergencia obstétrica posterior a la aplicación de la intervención educativa, donde se evidencia que la población aumento sus conocimientos sobre el manejo de pacientes preeclámpticas al 90% (n=27) un nivel alto.

En los resultados expuestos, se evidenció un incremento notable en el nivel de conocimiento posterior a la intervención educativa; al igual que en los resultados de la investigación de Condezo (2021), indicando que tras su intervención educativa no se presentaron calificaciones desaprobatórias, registrándose un 63,3% de participantes con

nivel muy bueno y un 35% con nivel bueno, lo cual reafirma el impacto positivo de este tipo de intervenciones en el fortalecimiento del conocimiento profesional.

Tabla N° 18 Prueba T Student para comparar el conocimiento pre y post intervención sobre los cuidados enfermeros en usuarias con preeclampsia. IAHULA. Mérida, 2025

Variable	Intervalo de confianza de la diferencia (95 %)	t de Student	Grados de libertad	p – valor
Pretest - Posttest	(0,42209) a (2,17791)	3,029	29	0,005

Fuente: Cálculos propios

La tabla muestra, la prueba de T de student para muestras relacionadas, se encontró que existen diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimiento pretest y posttest al aplicar la intervención educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpicas, al Profesional de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, ya que el p-valor reporto 0,05.

En tal sentido, se acepta la hipótesis alternativa la Intervención Educativa sobre el manejo de pacientes preeclámpicas, ejerce una influencia sobre el conocimiento previo manejado por el profesional de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, por lo cual, se rechaza la hipótesis nula.

Tabla N° 19 Valoración práctica de las pacientes con preeclampsia que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	Etapa	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
1	Identifica factores de riesgo en la embarazada, indicativos de preeclampsia con signos de severidad (dolor epigástrico, alteraciones visuales, oliguria, cianosis).	Pretest	13	43,3	8	26,7	5	16,7	0	0	4	13,3	0,003*
		Posttest	20	66,7	8	26,7	2	6,6	0	0	0	0	

2	Realiza valoración general materno - fetal haciendo énfasis en la (auscultación de la FCF).	Pretest	5	16,7	5	16,7	3	10,0	8	26,7	9	30,0	0,009*
		Postest	11	36,7	8	26,7	2	6,7	3	10,0	6	20,0	
3	Monitoriza la tensión arterial medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas con el fin de evitar picos hipertensivos	Pretest	5	16,7	6	20,0	4	13,3	9	30,0	6	20,0	0,003*
		Postest	12	40,0	5	16,7	5	16,7	4	13,3	4	13,3	
4	Realiza el cálculo de la Presión arterial media (PAM), para evaluar la perfusión de los órganos vitales	Pretest	2	6,7	3	10,0	6	20,0	9	30,0	10	33,3	0,005*
		Postest	10	33,3	5	16,7	3	10,0	3	10,0	3	10,0	
5	Realiza la medición de peso-talla, y calcula el Índice de Masa Corporal (IMC), al momento que la paciente es ingresada en la unidad hospitalaria.	Pretest	8	26,7	5	16,7	1	3,3	8	26,7	8	26,7	0,024*
		Postest	14	46,7	6	20,0	2	6,7	3	10,0	5	16,7	

Nota: *Prueba Wilcoxon $p < 0,05$ (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

www.bdigital.ula.ve

Tabla N°19, continuación:

Valoración práctica a las usuarias con preeclampsia que realizan los profesionales de Enfermería de la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	Etapa	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	
6	Valora los signos vitales de la embarazada (FC, pulso, FR, SatO ₂ , TC°).	Pretest	11	36,7	5	16,7	5	16,7	8	26,7	1	3,3	0,025*
		Postest	16	53,3	7	23,3	3	10,0	3	10,0	1	3,3	
7	Determina la Edad Gestacional con el fin de verificar el bienestar fetal	Pretest	4	13,3	7	23,3	5	16,7	6	20,0	8	26,7	0,002*
		Postest	14	46,7	5	16,7	3	10,0	4	13,3	4	13,3	
8	Verifica la realización de la prueba de detección de proteinuria (en orina de 24 horas y/o en orina parcial).	Pretest	7	23,3	4	13,3	5	16,7	9	30,0	5	16,7	0,002*
		Postest	12	40,0	8	26,7	6	20,0	4	13,3	0	0	
9	Analiza los exámenes de laboratorio (proteinuria, creatinina, TGO, TGP, recuento plaquetario, TP y TPT).	Pretest	5	16,7	4	13,3	12	40,0	5	16,7	4	13,3	0,006*
		Postest	11	36,7	8	26,7	4	13,3	4	13,3	3	10,0	
10	Evalúa los reflejos tendinosos de la paciente.	Pretest	5	16,7	6	20,0	5	16,7	5	16,7	0	0	0,004*
		Postest	14	46,7	4	13,3	3	10,0	5	16,7	4	13,3	
11	Verifica la permeabilidad y/o cateteriza 2 vías periféricas, en una zona adecuada, que no imposibilite la administración de medicamentos, ni la movilidad de la usuaria.	Pretest	25	83,3	4	13,3	1	3,3	0	0	0	0	0,792*
		Postest	27	90,0	2	6,7	0	0	1	3,3	0	0	

Nota: *Prueba Wilcoxon p <0,05 (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla 19, correspondiente al indicador valoración de las usuarias con preeclampsia en el pretest se obtuvo en el ítem 1 que el 43,3 % (n=13) siempre identificaron los factores de riesgo en la embarazada, indicativos de con signos de severidad (dolor epigástrico, alteraciones

visuales, oliguria, cianosis), en el posttest el 66,7 % (n = 20) y con un p valor de 0,003 significativo estadísticamente; en el ítem 2 el 33,4 % (n=10) siempre y casi siempre realizaron la valoración general materno - fetal haciendo énfasis en la (auscultación de la FCF), aumentando en el posttest el 63,4 % (n=19) lo realiza, debido a la importancia para determinar si puede tener alguna patología la gestación, y con un p valor de 0,009 significativo estadísticamente; en el ítem 3 del pretest el 50 % (n=15) nunca y casi nunca monitoriza la tensión arterial medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas con el fin de evitar picos hipertensivos, en el posttest se modificó la acción a un 56,7 % (n = 17) siempre y casi siempre y con un p valor de 0,003 significativo estadísticamente; en el ítem 4 del pretest el 63,3 % (n=19) nunca y casi nunca realizó el cálculo de la presión arterial media (PAM), para evaluar la perfusión de los órganos vitales, sin embargo, en el posttest tuvo una mejoría y el 50 % (n = 15) siempre y casi siempre hallaron el valor, con un p valor de 0,009 significativo estadísticamente.

En este mismo orden de ideas, en el ítem 5 del pretest el 53,4 % (n=16) nunca y casi nunca realizó la medición de peso-talla, y calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), al momento que la paciente es ingresada en la unidad hospitalaria, y en el posttest se modificó la labor a un 66,7 % (n = 20) siempre y casi siempre importante para obtener el valor de la dosis que pueda requerir la usuaria en caso de indicación del medicamento sulfato de magnesio y con un p valor de 0,024 significativo estadísticamente; en el ítem 6 el 53,4 % (n=17) siempre y casi siempre valoró los signos vitales de la embarazada (FC, pulso, FR, SatO₂, TC°), en el posttest aumento a un 76,6 % (n = 23), y con un p valor de 0,025 significativo estadísticamente; en el ítem 7 del pretest el 46,7 % (n=14) nunca y casi nunca halló la edad gestacional, en cambio en el posttest el 63,4 % (n = 19) siempre y casi siempre realizaron el calculo con el fin de verificar el bienestar

fetal, y con un p valor de 0,002 significativo estadísticamente; en el ítem 8 del pretest el 46,7 % (n=14) nunca y casi nunca verificaron la realización de la prueba de detección de proteinuria (en orina de 24 horas y/o en orina parcial), en el posttest mejoro la aptitud de confirmación de los exámenes siempre y casi siempre con 56,7 % (n = 20), y con un p valor de 0,002 significativo estadísticamente; en el ítem 9 del pretest el 40 % (n=12) a veces analizó los exámenes de laboratorio (proteinuria, creatinina, TGO, TGP, recuento plaquetario, TP y TPT), en el posttest cambio la aptitud a un 63,4 % (n = 19) siempre y casi siempre, y con un p valor de 0,006 significativo estadísticamente; en el ítem 10 el 36,7 % (n=11) siempre y casi siempre evaluó los reflejos tendinosos de las usuarias, en el posttest aumento a un 60 % (n = 18), y con un p valor de 0,004 significativo estadísticamente; tanto en el pretest y posttest en el ítem 10 más del 80% de los profesionales de enfermería verificaron la permeabilidad y/o cateteriza 2 vías periféricas, en una zona adecuada, que no imposibilite la administración de medicamentos, ni la movilidad de la usuaria, y con un p valor de 0,792 no significativo. Se evidenció que de los 11 ítems de la dimensión valoración ocurrió una mejora en la práctica después de la intervención educativa, lo que hace imperativo impulsar la educación en servicio, la participación en las discusiones de los casos clínicos con el equipo multidisciplinario de salud, con el fin de brindar una buena atención y cuidado de enfermería a las usuarias.

Los hallazgos reportados en la tabla N°19, se entrelazan con los obtenidos por Pezo (2021) en su estudio realizado sobre los cuidados del personal de enfermería en pacientes con preeclampsia, donde se identificó que el 100% de los profesionales realiza de forma estricta la toma de signos vitales y canaliza vías periféricas. Además, el 81% de los enfermeros vigilan la frecuencia cardíaca, respiratoria y la diuresis horaria antes de administrar sulfato de magnesio,

mientras que el 100% valora el estado de conciencia de la paciente y la presencia de convulsiones. Otros aspectos importantes incluyen el control del 63% de la ingesta y eliminación de líquidos, el 56% que registra el control de peso diario, el 75% que valora los reflejos, y el 69% que constata que la dieta de la paciente sea rica en proteínas e hiposódica. Estos resultados muestran la correlación entre la educación continua y la mejora en la calidad de los cuidados enfermeros, contribuyendo de manera significativa a la atención adecuada de las pacientes con esta condición.

Tabla N° 20 *Praxis en el manejo hospitalario de bajo riesgo (preeclampsia sin signos de severidad que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2025*

N°	Ítems	Etapas	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	
12	Fomenta el reposo (decúbito lateral izquierdo)	Pretest	11	36,7	12	40,0	7	23,3	0	0	0	0	0,017*
		Posttest	20	66,7	5	16,7	5	16,7	0	0	0	0	
13	Proporciona información a la paciente sobre la importancia de una dieta (normoproteica y normosódica).	Pretest	9	30,0	11	36,7	6	20,0	2	6,7	2	6,7	0,000*
		Posttest	17	56,7	9	30,0	2	6,7	0	0	2	6,7	
14	Fomenta en la paciente la importancia del control prenatal estricto en posteriores embarazos, para evitar futuras complicaciones	Pretest	13	43,3	5	16,7	7	23,3	3	10,0	2	6,7	0,011*
		Posttest	18	60,0	9	30,0	3	10,0	0	0	0	0	
15	Realiza el control y registro de tensión arterial durante el turno	Pretest	2	6,7	5	16,7	12	40,0	8	26,7	3	10,0	0,008*
		Posttest	14	46,7	7	23,3	5	16,7	3	10,0	1	3,3	
16	Proporciona información de realizar el control de peso diariamente.	Pretest	4	13,3	1	3,3	10	33,3	9	30,0	6	20,0	0,000*
		Posttest	13	43,3	6	20,0	4	13,3	4	13,3	3	10,0	
17	Suministra información sobre evaluar localización y extensión de edema.	Pretest	3	10,0	7	23,3	14	46,7	4	13,3	2	6,7	0,002*
		Posttest	14	46,7	6	20,0	8	26,7	1	3,3	1	3,3	
18	Indaga a través de la madre si durante el periodo de hospitalización hay presencia de movimientos fetales.	Pretest	13	43,3	8	26,7	6	20,0	1	3,3	2	6,7	0,001*
		Posttest	20	66,7	5	16,7	2	6,7	0	0	3	10,0	

Nota: *Prueba Wilcoxon $p < 0,05$ (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla 20, del indicador manejo hospitalario de las usuaria con preeclampsia de bajo riesgo en el pretest se obtuvo en el ítem 12 el 40% ($n=12$) casi siempre fomentaron el reposo (decúbito lateral izquierdo), en el posttest el 66,7 % ($n = 20$), y con un p valor de 0,017 significativo estadísticamente; en el ítem 13 el 66,7 % ($n=20$) siempre y casi siempre proporcionaba información a la paciente sobre la importancia de una dieta (normoproteica y normosódica), en el posttest el 86,7 % ($n = 26$), y con un p valor de 0,000 significativo estadísticamente; en el ítem 14 del pretest el 60% ($n=18$) siempre y casi siempre promovió en la paciente la importancia del control prenatal estricto en posteriores embarazos, para evitar futuras complicaciones), en el posttest el 90 % ($n = 27$), y con un p valor de 0,011 significativo estadísticamente; en el ítem 15 en el pretest el 6,7% ($n=2$) siempre, el 36,7% ($n=11$) nunca y casi nunca, realizó el control y registro de tensión arterial durante el turno, en el posttest aumento a un 46,7% ($n=14$) siempre, y descendió el valor nunca y casi nunca obteniendo un 13,3% ($n=4$), con un p valor de 0,008 significativo estadísticamente; en el ítem 16 en el pretest el 30 % ($n=9$) casi nunca proporcionó información de realizar el control de peso diario, en el posttest fue el 43,3% ($n=13$) que siempre tuvo la iniciativa, con un p valor de 0,000 significativo estadísticamente; en el ítem 17 se obtuvo un 46,7% ($n=14$) en el pretest a veces y en el posttest siempre enfermería le suministró información sobre evaluar la localización y extensión de edema, con un p valor de 0,002 significativo estadísticamente; en el ítem 18 el 43,3% ($n=13$) siempre indagaron a través de la madre si durante el periodo de hospitalización hay presencia de movimientos fetales, en el posttest el 66,7 % ($n = 20$), y con un p valor de 0,001 significativo estadísticamente.

Los resultados antes mencionados, se correlaciona con el estudio de Frías (2022), en el cual se utilizaron instrumentos de pretest y posttest junto con la escala de autocuidado del modelo de Dorotea Orem para evaluar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de las pacientes con preeclampsia. En el pretest, el 77 % de las pacientes mostraron un conocimiento regular sobre el manejo de la preeclampsia, mientras que el 23 % presentaron malos conocimientos. Sin embargo, después de la intervención educativa, el 73 % de las pacientes en el posttest alcanzaron un nivel de conocimiento satisfactorio sobre autocuidado, con una media de 26.55 y una desviación estándar de ± 2.58 .

Ambos estudios coinciden en señalar la importancia de la educación continua para las pacientes en relación con el autocuidado, especialmente en aspectos críticos como la dieta, el control prenatal, la toma de la presión arterial, identificación de edema, toma de descansos durante el día y manejo general y adecuado de la preeclampsia de bajo riesgo. Si bien en el estudio de Frías (2022) se observó una mejora significativa en el nivel de conocimiento de las pacientes tras la intervención, el presente estudio también resalta que una proporción significativa del personal de enfermería proporciona información clave para el autocuidado, lo que sugiere que la intervención educativa tiene un impacto positivo tanto en los profesionales como en los pacientes.

Tabla N° 21 Praxis según el nivel de riesgo (preeclampsia con signos de severidad) que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	Etapa	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	
19	Valora las características de la cefalea en la paciente, identificando su localización (frontal, holocraneana, occipital, temporal), y si es unilateral o bilateral, para poder orientar el manejo adecuado.	Pretest	6	20,0	6	20,0	7	23,3	7	23,3	4	13,3	
		Posttest	14	46,7	9	30,0	2	6,7	1	3,3	4	13,3	
20	Evalúa las alteraciones visuales (visión borrosa, escotoma, fosfenos, ceguera cortical).	Pretest	12	40,0	4	13,3	7	23,3	4	13,3	3	10,0	0,010*
		Posttest	18	60,0	6	20,0	3	10,0	0	0	3	10,0	
21	Vigila el estado de conciencia de la paciente (somnolencia, mareos, tinitus).	Pretest	15	50,0	13	43,3	2	6,7	0	0	0	0	0,021*
		Posttest	22	73,3	8	26,7	0	0	0	0	0	0	
22	Valora la presencia de convulsiones, observando y registrando los movimientos involuntarios de la paciente, como sacudidas o rigidez, y asegurándote de mantener la vía aérea despejada.	Pretest	14	46,7	10	33,3	5	16,7	1	3,3	0	0	0,000*
		Posttest	23	76,7	6	20,0	1	3,3	0	0	0	0	
23	Valora la presencia de ruidos respiratorios anormales (estertores y crepitantes), los cuales puede ser indicativo de edema pulmonar	Pretest	2	6,7	2	6,7	11	36,7	6	20,0	9	30,0	0,000*
		Posttest	13	43,3	5	16,7	6	20,0	3	10,0	3	10,0	

Nota: *Prueba Wilcoxon $p < 0,05$ (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

Tabla N°21, continuación

Praxis según el nivel de riesgo (preeclampsia con signos de severidad) que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, diciembre 2024 – febrero 2025

N°	Ítems	Etapa	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	
24	Realiza la valoración (disnea, taquicardia, taquipnea, cianosis)	Pretest	4	13,3	11	36,7	10	33,3	2	6,7	3	10,0	0,005*
		Postest	18	60,0	3	10,0	5	16,7	3	10,0	1	3,3	
25	Verifica la diuresis, manteniendo un GU > 50cc/hr.	Pretest	16	53,3	9	30,0	0	0	3	10,0	2	6,7	0,029*
		Postest	22	73,3	5	16,7	1	3,3	0	0	2	6,7	
26	Comprueba la presencia de proteinuria con el examen de laboratorio (5gr) y, además valora los niveles de creatinina	Pretest	2	6,7	5	16,7	11	36,7	4	13,3	8	26,7	0,001*
		Postest	14	46,7	6	20,0	4	13,3	1	3,3	5	16,7	
27	Identifica la presencia de epigastralgia	Pretest	8	26,7	11	36,7	8	26,7	2	6,7	1	3,3	0,027*
		Postest	17	56,7	6	20,0	6	20,0	1	3,3	0	0	
28	Valora la aparición del dolor en hipocondrio derecho.	Pretest	5	16,7	5	16,7	8	26,7	6	20,0	6	20,0	0,001*
		Postest	16	53,3	6	20,0	2	6,7	3	10,0	3	10,0	

Nota: *Prueba Wilcoxon $p < 0,05$ (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla 21 , atención de usuarias con preeclampsia con signos de severidad en el pretest se obtuvo en el ítem 19 el 20% (n=6) siempre valoraron las características de la cefalea en la paciente, identificando su localización (frontal, holocraneana, occipital, temporal), y si es unilateral o bilateral, para poder orientar el manejo adecuado, en el postest el 46,7 % (n = 14),

con un p valor de 0,273 no significativo; el 40% (n=12) en el ítem 20 siempre evaluaron las alteraciones visuales (visión borrosa, escotoma, fosfenos, ceguera cortical), en el posttest el 60 % (n = 18), con un p valor de 0,010 significativo estadísticamente; el 50% (n=15) en el ítem 21 siempre vigilaron el estado de conciencia de la paciente (somnolencia, mareos, tinitus), en el posttest el 73,3 % (n = 22), con un p valor de 0,021 significativo estadísticamente; el 46,7% (n=14) en el ítem 22 siempre valoraron la presencia de convulsiones, observando y registrando los movimientos involuntarios de la paciente, como sacudidas o rigidez, y asegurándose de mantener la vía aérea despejada, en el posttest el 76,7 % (n = 23), con un p valor de 0,000 significativo estadísticamente; el 36,7% (n=11) en el ítem 23 algunas veces valoró la presencia de ruidos respiratorios anormales (estertores y crepitantes), los cuales puede ser indicativo de edema pulmonar, en el posttest el 43,3 % (n = 13) siempre, con un p valor de 0,000 significativo estadísticamente; el 36,7% (n=11) en el ítem 24 casi siempre realizó la valoración (disnea, taquicardia, taquipnea, cianosis), en el posttest el 60 % (n = 18) siempre, con un p valor de 0,005 significativo estadísticamente; el 53,3% (n=16) en el ítem 25 siempre verifico la diuresis, manteniendo un GU > 50cc/hora, en el posttest el 73,3 % (n = 22), con un p valor de 0,029 significativo estadísticamente; el 36,7% (n=11) en el ítem 26 algunas veces comprobó la presencia de proteinuria con el examen de laboratorio (5gr) y, además valora los niveles de creatinina, en el posttest el 46,7 % (n = 14), con un p valor de 0,001 significativo estadísticamente; el 36,7% (n=11) en el ítem 27 casi siempre identifico la presencia de epigastralgia, en el posttest el 56,7 % (n = 17) siempre, con un p valor de 0,027 significativo estadísticamente; el 26,7% (n=8) en el ítem 28 algunas veces valoró la aparición del dolor en hipocondrio derecho, en el posttest el 53,3 % (n = 16) siempre, con un p valor de 0,001 significativo estadísticamente.

En este sentido, de los 10 ítems de la dimensión nivel de riesgo de las usuarias con preeclampsia la valoración y diagnóstico que realizaron los profesionales de enfermería a excepción de 1 pregunta, en el resto se observó una mejora en la práctica después de la intervención educativa, lo que hace absolutamente necesario mantener en el servicio las actividades formativa con el fin de garantizar la calidad de la atención y en consecuencias las complicaciones de las usuarias por la comorbilidad que presentan al momento del ingreso a la institución.

www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 22 Praxis de los cuidados enfermeros al final de la gestación en pacientes con trastornos hipertensivos que realizan los profesionales de Enfermería en la Emergencia Obstétrica del IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	Etapas	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	
29	Prepara a la paciente para la culminación de la gestación, asegurando también la administración de corticoesteroides para la maduración fetal según el esquema indicado.	Pretest	19	63,3	5	16,7	3	10,0	2	6,7	1	3,3	0,101*
		Posttest	22	73,3	6	20,0	1	3,3	0	0	1	3,3	
30	Prepara la paciente para la cesárea.	Pretest	29	96,7	1	3,3	0	0	0	0	0	0	0,317*
		Posttest	28	93,3	2	6,7	0	0	0	0	0	0	
31	Monitoriza horario los parámetros (PA, PAM, FC, diuresis y sangrado vaginal) posterior a la cesárea	Pretest	19	63,3	4	13,3	4	13,3	2	6,7	1	3,3	0,196*
		Posttest	20	66,7	6	20,0	3	10,0	0	0	1	3,3	
32	Realiza la toma de muestra para el perfil preecláptico de control postparto	Pretest	16	53,3	7	23,3	1	3,3	4	13,3	2	6,7	0,012*
		Posttest	22	73,3	5	16,7	3	10,0	0	0	0	0	
33	Administra Difenilhidantoína (hepaminización de la paciente) según indicación médica, si luego de dos dosis reglamentarias de sulfato de magnesio los síntomas convulsivos persisten.	Pretest	9	30,0	5	16,7	6	20,0	5	16,7	5	16,7	0,484*
		Posttest	10	33,3	7	23,3	3	10,0	4	13,3	6	20,0	
34	Registra todo lo sucedido en la evolución de enfermería.	Pretest	27	90,0	2	6,7	1	3,3	0	0	0	0	0,157*
		Posttest	28	93,3	2	6,7	0	0	0	0	0	0	

Nota: *Prueba Wilcoxon $p < 0,05$ (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla N° 22 de la dimensión cuidados enfermeros al final de la gestación en usuarias con preeclampsia se obtuvo en el ítem 29 en el pretest el 63,3% (n=19) y en el posttest el 73,3 %

(n = 22) que siempre prepararon a la paciente para la culminación de la gestación, asegurando también la administración de corticoesteroides para la maduración fetal según el esquema indicado; en el ítem 30 en el pretest el 96,7% (n=29) y en el posttest el 93,3 % (n = 28) que siempre prepararon a la paciente para la cesárea; en el ítem 31 en el pretest el 63,3% (n=19) y en el posttest el 66,7 % (n = 20) siempre monitorizaron horario los parámetros (PA, PAM, FC, diuresis y sangrado vaginal) posterior a la cesárea, en el ítem 32 en el pretest el 53,3% (n=16) y en el posttest el 73,3 % (n = 22) siempre realizo la toma de muestra para el perfil preeclámptico de control postparto; en el ítem 33 en el pretest el 30% (n=9) y en el posttest el 33,3 % (n = 10) siempre administro Difenilhidantoína (hepaminización de la paciente) según indicación médica, si luego de dos dosis reglamentarias de sulfato de magnesio los síntomas convulsivos persisten; en el ítem 34 en el pretest el 90% (n=27) y en el posttest el 93,3 % (n = 28) siempre registro todo lo sucedido en la evolución de enfermería.

En consecuencia, en todos los ítems de la dimensión mencionada anteriormente, no hubo diferencias marcadas entre el pretest y posttest debido a que son funciones de enfermería que son ineludible en la jornada laboral, a excepción del ítem 32 que el p valor fue de 0,012 significativo estadísticamente y tuvo mayor impacto después de la intervención educativa.

Tabla N° 23 Praxis de los cuidados enfermeros en la administración de medicamentos en pacientes con preeclampsia. IAHULA. Mérida, 2025

N°	Ítems	Etapa	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca		Nunca		p-valor
			fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%	
35	Administra, alfametildopa: 250mg a 500mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 2g/día, previa indicación médica. Indicada en el manejo de la hipertensión arterial crónica durante el embarazo	Pretest	12	40,0	1	3,3	9	30,0	5	16,7	3	10,0	0,030*
		Posttest	17	56,7	3	10,0	8	26,7	1	3,3	1	3,3	
36	Administra, Nifedipina: 10mg a 30mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 120mg/día, previa indicación médica. Utilizada en casos de hipertensión aguda severa o crisis hipertensivas, particularmente en pacientes con preeclampsia con signos de severidad, para lograr una disminución rápida y controlada de la presión arterial	Pretest	24	80,0	6	20,0	0	0	0	0	0	0	0,083*
		Posttest	27	90,0	3	10,0	0	0	0	0	0	0	
37	Administra Infusión de Sulfato de Magnesio: 6gr VEV en 250 ml de solución 0.9% - Dext. 5% en 30 minutos como dosis de impregnación. Dosis de mantenimiento: 12-24gr en 500ml de solución 0.9% - Dext. 5%, administrando 1-2gr/hr, previa indicación médica. Indicada para prevenir o manejar convulsiones en casos de preeclampsia con signos de severidad o eclampsia.	Pretest	26	86,7	2	6,7	2	6,7	0	0	0	0	1,000*
		Posttest	27	90,0	2	6,7	1	3,3	0	0	0	0	
38	Administra, Betametasona: 12 mg VIM cada 24 horas por 2 dosis, previa indicación médica. Indicada para la maduración pulmonar fetal en casos de riesgo de parto prematuro en embarazadas menores de 34 semanas de gestación, para reducir la incidencia de enfermedades respiratorias en el recién nacido.	Pretest	28	93,3	0	0	1	3,3	1	3,3	0	0	0,285*
		Posttest	29	96,7	1	3,3	0	0	0	0	0	0	

Nota: *Prueba Wilcoxon $p < 0,05$ (nivel de significancia al 95%). **Fuente:** Cálculos propios (2025).

En la tabla 23, referente a los cuidados enfermeros en la administración de medicamentos en usuarias con preeclampsia se obtuvo en el ítem 35 del pretest el 40% (n=12) y en el postest el 56,7 % (n = 17) siempre administro alfametildopa: 250mg a 500mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 2g/día, previa indicación médica. Indicada en el manejo de la hipertensión arterial crónica durante el embarazo; en el ítem 36 del pretest el 80% (n=24) y en el postest el 90 % (n = 27) siempre administro Nifedipina: 10mg a 30mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 120mg/día, previa indicación médica. Utilizada en casos de hipertensión aguda severa o crisis hipertensivas, particularmente en pacientes con preeclampsia con signos de severidad, para lograr una disminución rápida y controlada de la presión arterial; en el ítem 37 del pretest el 86,7% (n=26) y en el postest el 90 % (n = 27) siempre administro infusión de Sulfato de Magnesio: 6gr VEV en 250 ml de solución 0.9% - Dext. 5% en 30 minutos como dosis de impregnación, indicada para prevenir o manejar convulsiones en casos de preeclampsia con signos de severidad o eclampsia; en el ítem 38 del pretest el 93,3% (n=28) y en el postest el 96,7 % (n = 29) siempre administró Betametasona: 12 mg VIM cada 24 horas por 2 dosis, previa indicación médica.

Los resultados expuestos en la tabla anterior, es pertinente señalar su correspondencia con lo planteado en el artículo de revisión elaborado por Velumani, Durán y Hernández (2022). Estos autores coinciden en que el abordaje farmacológico de la preeclampsia mantiene una base terapéutica similar, variando principalmente en la dosificación según la clasificación clínica de la patología. En este sentido, destacan que la Metildopa, considerada como fármaco de primera línea, se administra en dosis que oscilan entre 250 a 500 mg por día, pudiendo incrementarse

hasta un máximo de 2 g diarios, siempre valorando sus contraindicaciones y los posibles efectos adversos asociados.

Tabla N° 24 *Prueba de Wilcoxon para comparar la práctica en el pre y post intervención sobre los cuidados enfermeros en usuarias con preeclampsia. IAHULA. Mérida, 2025.*

Variable	Rangos positivos	Rangos negativos	Z	p – valor
	Promedio	promedio		
Pretest y Postest	11,33	15,42	-3,968	0,000

Fuente: Cálculos propios

La tabla anterior, reporta mediante la intervención educativa sobre los cuidados enfermeros en usuarias con preeclampsia produjo un cambio de conductas sobre las prácticas que realizan los profesionales en enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, siguiendo protocolos y estándares internacionales, obteniendo un p-valor 0,000 con un nivel de confianza del 95%, por lo tanto, se rechaza la Hipótesis nula.

Los resultados obtenidos en la tabla anterior, son consistente con lo señalado por Quichca (2024), quien, en su estudio sobre la relación entre los conocimientos y las prácticas de enfermería en el cuidado de pacientes con preeclampsia, reportó que el 42,5% (n = 34) de los profesionales de enfermería presentó un conocimiento regular sobre la condición, seguido por el 40% (n = 32) con conocimientos adecuados y un 17,5% (n = 14) con conocimiento insuficiente. En cuanto a las prácticas, el 82,5% (n = 64) de los profesionales demostró un desempeño adecuado en la atención a estas pacientes, mientras que el 17,5% (n = 14) presentó prácticas inadecuadas. Este estudio concluyó que existe una asociación significativa y positiva entre el conocimiento y las prácticas de enfermería en el manejo de la preeclampsia, obteniendo un

coeficiente de correlación ($Rho = 0,712$), lo que refuerza la relevancia de una educación continua y actualizada para optimizar la atención en esta condición.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, el análisis estadístico y científico realizado se concluyó:

1. En relación a las características sociodemográficas, datos académicos y datos laborales de los profesionales de enfermería, se obtuvo con grupo predominante de edad entre el rango de 36 a 42 años, siendo el género dominante el femenino; en cuanto al nivel académico de mayor superioridad los licenciados en enfermería. Además, la mayoría de los profesionales de Enfermería no han participado en programas de actualización sobre el manejo de preeclampsia. En cuanto a los años de servicio el grupo predominante se encontró entre el rango de 6 a 10 años. Para los años de servicio en la EO, se evidencia que el mayor número se ubicó en el rango de 1 a 5 años, mientras que grupo importante se encuentran entre los rangos de 6 a 10 años y 11 a 15 años, lo que es relevante mencionar que el servicio de la emergencia obstétrica cuenta con personal con alta experiencia laboral. Por último, se destaca que la mayoría del profesional de enfermería de la EO trabaja en el turno nocturno, y no aplican guías o protocolos de cuidados enfermeros sobre el manejo de preeclampsia.

2. Por otro lado, en los datos obtenidos muestra que el personal de enfermería, antes de la intervención educativa posee cierto conocimiento sobre el manejo de paciente con preeclampsia ubico en un nivel medio, que posterior a la intervención el mismo aumento a un nivel alto. Asimismo, la mayoría de los profesionales siempre, casi siempre y algunas veces realizan intervenciones en pro del cuidado holístico con calidad y calidez a las usuarias que asisten a la emergencia obstétrica del IAHULA por presentar una preeclampsia.
3. A raíz de la implementación de la sesión educativa, se observó un impacto y cambio estadísticamente significativo tanto en el conocimiento como en la práctica por parte del profesional, lo que ratifica necesidad de capacitación continua. Por lo cual, se acepta la hipótesis alternativa, por lo tanto, la puesta en práctica de la Intervención Educativa produjo cambios estadísticamente significativos, una concordancia con valores menores de $p < 0.05$. Es por ello, que la atención a las pacientes embarazadas requiere un conocimiento especializado y actualizado debido a la naturaleza dinámica de las condiciones clínicas durante el embarazo. Enfermedades como la preeclampsia y las complicaciones relacionadas con la misma, demandan intervenciones precisas y oportunas. En este sentido, la capacitación del personal de enfermería en estas áreas asegura que los profesionales puedan identificar y manejar adecuadamente los signos de alerta, reducir la mortalidad materna y neonatal.

5.2 RECOMENDACION

Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes

- Fortalecer de la educación a distancia y el uso de tecnologías digitales, mediante la implementación y utilización de plataformas virtuales que proporcionen acceso a material actualizado sobre emergencias obstétricas, que incluyan recursos interactivos, guías clínicas y simulaciones que favorezcan un aprendizaje autónomo y actualizado, alineado con los avances en la disciplina de la profesión.
- Incentivar a los profesores de la escuela a la creación de programas, cursos o talleres de educación continua para egresados, con el fin de garantizar la actualización constante del personal que labora en el área de salud reproductiva, mejorando la aplicación de prácticas basadas en la evidencia científica disponible. Asimismo, la realización periódica de eventos académicos con la participación de expertos en obstetricia y enfermería perinatal con el propósito que todo el profesional se mantenga a la vanguardia de los cuidados enfermeros a pacientes preeclámpicas.
- Incentivar la participación de estudiantes y docentes en proyectos de investigación sobre factores de riesgo, complicaciones y estrategias preventivas en la preeclampsia. La generación de conocimiento científico contribuirá a la mejora de la atención obstétrica y a la actualización continua de las prácticas asistenciales.

- Llevar a cabo programas de sensibilización comunitaria sobre preeclampsia, para fortalecer las estrategias de prevención, diseñar actividades de promoción de la salud dirigidas a mujeres embarazadas en comunidades vulnerables. Estas intervenciones pueden incluir charlas educativas, entrega de material informativo y campañas de concienciación sobre la detección temprana y el acceso oportuno a los servicios de salud.

Recomendaciones para el Área de Emergencia Obstétrica

- Presentar los resultados de este estudio al personal interdisciplinario que labora en el área de emergencia obstétrica del IAHULA, con el objeto de implementar los protocolos, guías de actuación sobre el manejo de pacientes preeclámpicas, como una estrategia preventiva y terapéutica en los cuidados colaborativos a las usuarias con el fin de identificar y tratar a tiempo una paciente bajo esta condición para evitar mayores complicaciones en las mismas.
- Tomar como referencia la presente investigación como base para realizar o diseñar protocolos e implementar programas de formación continua para el personal de enfermería que se adapte al contexto del área de la emergencia obstétrica del IHULA, como herramienta basada en la evidencia científica, estandarizando los cuidados enfermeros que proporcionan los mismos, para así, contribuir al bienestar físico-mental-emocional de las usuarias gestantes.
- Incentivar a la coordinación de enfermería del área de la emergencia obstétrica a promover actividades educativas en el personal de enfermería, en aras de garantizar la

actualización técnico-científica basada en la evidencia clínica sustentada, estandarizando los cuidados en el manejo de pacientes preeclámpticas y evitar complicaciones futuras en las mismas.

- Fortalecer el trabajo interdisciplinario en la atención de la emergencia obstétrica, compuesto por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, logrando un abordaje holístico de las pacientes con preeclampsia, mediante la realización de reuniones periódicas, discusión de casos clínicos para optimizar los cuidados y la atención de las pacientes dentro del área.
- Incentivar la optimización del registro y seguimiento de los casos de preeclampsia, mediante un sistema digitalizado de las historias clínicas, que recopile todos los datos en tiempo real, facilitando una adecuada vigilancia epidemiológica, para la toma de decisiones basadas en información actualizada; además el mismo permitirá, el análisis de tendencias en la incidencia y evolución de la enfermedad.
- Garantizar la disponibilidad de insumos y equipamiento apropiado, mediante la dotación de equipos de monitoreo materno-fetal, medicamentos antihipertensivos y espacios adecuados para la atención de pacientes con preeclampsia con signos de severidad, gestionar recursos adicionales y establecer mecanismos de control para el abastecimiento oportuno de estos insumos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Arias, E. (2023). *Monitoreo de Las Intervenciones de Enfermería En Mujeres Embarazadas con Preeclampsia En El Hospital General Riobamba IESS*. Ambato Ecuador. Recuperado de: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16650?locale=es> .
- 2.- Arias, F (2012). *El Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología Científica*. Editorial Episteme. 5ta edición. Recuperado de: http://www.ula.ve/ciencias-juridicas-politicas/images/NuevaWeb/Material_Didactico/ProfeYubeira/Fidias-G.-Arias-El-Proyecto-de-Investigacin-5ta.-Edicin-.pdf
- 3.- Arias, F (2012). *El Proyecto de Investigación, Introducción a la Metodología Científica*. Editorial Episteme. 6ta edición. Recuperado de: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
- 4.- Bavaresco de Prieto, A. (2013). *Proceso metodológico en la investigación (cómo hacer un diseño de investigación)*. Imprenta Internacional. 6ta edición. Recuperado de: <https://gsosa61.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/11/proceso-metodologico-en-la-investigacion-bavaresco-reduc.pdf>
- 5.- Betancourt et al. (2021). *Intervención educativa para el mejoramiento humano desde la cultura en los estudiantes de ciencias médicas*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Revista virtual. ISSN 2077-2874. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000200108

- 6.- Carrillo, A., Martinez, P y Taborda, S. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. Recuperado de: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
- 7.- Castelli, J y Fernandez,A. (2022). *Preeclampsia de presentación grave asociada a hígado graso agudo del embarazo*. Revista Uruguaya de Cardiología. Montevideo. ISSN 1688-0420 . Revista en línea . Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202022000101702
- 8.- Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. (2008). Federación de Colegios de profesionales de la Enfermería. Recuperado de: <https://licdojesusurbina.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/codigo-deontologico.pdf>
- 9.- Condezo, M. (2021). *Efectividad de un Programa de Intervención Educativa en el Nivel de Conocimientos y La Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para el Cuidado Integral de la Paciente Ginecológica en Internos de Enfermería en una Universidad Pública de Lima*. (Tesis de Grado postgrado). Universidad Pública de Lima. Lima, Perú. Recuperado de: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/198c5a37-5739-4875-9ad5-d8ad5e35fc1b/content>
- 10.- Contreras, J., Doria-Medina, J y Chipita, J. (2020). Descripción de la mortalidad materna en Mérida-Venezuela: período 2013-2018. *Revista EHI*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9081760.pdf>

- 11.- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2019). *Preeclampsia: un problema de salud global*. FIGO. Recuperado de: <https://www.figo.org/es/figo-lanza-nuevas-pautas-para-combatir-la-preeclampsia>
- 12.- Fuentealba, R y Bravo, L. (2023). *Cambios cardiovasculares y hemodinámicos en la paciente con preeclampsia*. *Revista Chilena de Anestesia*. Volumen (52). Recuperado de: <http://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv52n7-05/>
- 13.- Lacunza, O y Pacheco, J. (2015). Implicancias neurológicas de la preeclampsia, más que solo eclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Volumen (61). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400010
- 14.- Lacunza, O., Montoya, F., Jiménez, F y Vera, C. (2018). Epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Volumen (64). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200002
- 15.- Lara, F. (2023). *Hipertensión en el embarazo*. División de Medicina Materno-Fetal, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas, Escuela de Medicina de la Salud de la Universidad de Texas en Houston, Escuela de Medicina McGovern. Artículo en línea. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%A1yobstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/hipertensi%C3%B3n-en-el-embarazo?query=hipertensi%C3%B3n%20en%20el%20embarazo>

- 16.- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. (2009). Venezuela. PDF. Recuperado de:
<https://docs.venezuela.justia.com/estatales/miranda/leyes/ley-organica-del-sistema-nacional-de-salud-1987.pdf>
- 17.- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (2007). Gaceta Oficial N°38.668. Caracas-Venezuela. PDF. Recuperado de:
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- 18.- Lowdermilk, D. Perry, S. y Bobak, I. (1998). Enfermería Materno - Infantil. 6° Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid - España.
- 19.- Luna, D y Martinovic, C. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes. Volumen* (34). Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864023000081>
- 20.- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). *Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia*. Unicef. Venezuela. Recuperado de:
<https://www.unicef.org/venezuela/informes/protocolos-de-atenci%C3%B3n-cuidados-prenatales-y-atenci%C3%B3n-obst%C3%A9trica-de-emergencia>
- 21.- Morocho, M, Cuenca, Y y Eras, J. (2022) “*Rol de enfermería en las estrategias educativas en la prevención de la preeclampsia en el Hospital Básico San Vicente de Paul*”. Universidad Técnica de Machala. *Dialnet: Polo del Conocimiento. Vol 8*. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9234531>

- 22.- Oliveira, G., Paixano, G., Sena, C., Ricarte, M y Santos, M. (2017). Asistencia de Enfermeros En El Síndrome Hipertensivo Gestacional En Un Hospital De Bajo Riesgo Obstétrico. *Revista Cuidarte*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n2/2216-0973-cuid-8-2-1561.pdf>
- 23.- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
- 24.- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*. Revista en Línea. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacionsobrepreeclampsia#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20la%20preeclampsia,son%20provocados%20por%20problemas%20hipertensivos>.
- 25.- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad Materna*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 26.- Organización Panamericana de Salud. (24 de septiembre, 2022). *Salud de las américas: Perfil de salud - Venezuela*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>.
- 27.- Orizondo, R. y Cairo, V. (2009) Eclampsia en Santa Clara. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Volumen (35). Recuperado por: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300005
- 28.- Otero, A. (2023). *Embarazo y Riñón*. Sociedad Española de Nefrología. España. Artículo en línea. Recuperado de: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-embarazo-rinon-586>

- 29.- Pacho, I. (2021). Evaluación de la aplicación de estándares de calidad en Embarazadas con preeclampsia atendidas en el centro de Salud tipo c Rioverde, desde junio a septiembre 2020. Trabajo de grado. Ecuador. Recuperado de: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/584a7761-43e1-4253-9e4f-76075c9134b7/content>
- 30.- Palacios, L. (2024). *Cuidados de enfermería en pacientes preeclámpticas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Delfina Torres de Concha*. Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”. Tulcán, Ecuador. Recuperado de: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18084>
- 31.- Palella, S y Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa* (2da ed.) Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela. Recuperado de: <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23578w/w23578w.pdf> .
- 32.- Pavlovich, S., Salmeron, C., Ponce, M y Luna, A. (2023). Preeclampsia: Revisión. *Revista Homeostasis: Artículo de Revisión*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom231b.pdf>
- 33.- Pezo, E. (2021). *Cuidados de enfermería en gestantes con preeclampsia atendidas en el hospital básico dr rafael serrano lópez, la libertad 2021*. Universidad estatal península de Santa Elena. Trabajo de grado. Recuperado de: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6437>

- 34.- Quichca, I. (2024). *Conocimientos y prácticas de enfermería en el cuidado de pacientes con Preeclampsia en el hospital Arzobispo Loayza, Lima 2024*. Lima. Tesis de grado. Recuperado de: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/317fb174-2b99-445c-a624-5a9dc0a3c66f>
- 35.- Reede, R., Martín, Koniak. (1995). *Enfermería Materno infantil*. 17° Ed. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México.
- 36.- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México. Recuperado de: <https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf> .
- 37.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). *Trastornos hipertensivos en la gestación*. Revista Oficial de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid. Recuperado de: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
- 38.- Torres, D., Santos, M., Colmenares, O., Delgado, E y Villasmil, R. (2011). *Edema agudo de pulmón secundario a preeclampsia severa*. Elsevier, España. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-edema-agudo-pulmon-secundario-preeclampsia-S0210573X09001373>

- 39.- Torres, D., Santos. M., Colmenares, O., Delgado. E y Villasmil, R. (2011). Edema agudo de pulmón secundario a preeclampsia. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia-Volumen* (38). Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-edema-agudo-pulmon-secundario-preeclampsia-S0210573X09001373>
- 40.- Vaca, L. (2021). *Importancia de Los Cuidados de Enfermería en La Preeclampsia*. (Trabajo de Grado) Universidad de Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47845/TFG-H2282.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 41.- Velumani, V., Duran, C y Hernández, S. (2022). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina*. México. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000500007

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXO I

Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EL MANEJO DE LA PACIENTE PREECLÁMPTICA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024

Estimado Profesional:

El presente instrumento, tiene como objetivo recaudar la información necesaria para el correcto desarrollo del trabajo de investigación intitulado: **“EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024”**. El cual será presentado como requisito indispensable para la obtención del grado de **Licenciada en Enfermería**.

Agradeciendo de antemano la sinceridad expuesta por usted en los datos aportados, considerado que, se garantizará su confidencialidad y los mismos serán utilizados sólo con fines científicos.

Atentamente;

TSU. Evelyn Fernández. TSU. Germay Contreras

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la información recolectada a través del instrumento suministrado, para cubrir el objetivo del trabajo de investigación: **“EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024”**. He sido informado/a de que los datos aportados sólo serán utilizados con fines académicos, así como también he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y que tengo derecho a rechazar participar en el mismo, o abandonar el llenado del instrumento si ese es mi deseo.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta sea aplicada y utilizada para cubrir el objetivo especificado en el proyecto.

Anexo: Hoja de firmas.

CUESTIONARIO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL MANEJO DE
PACIENTES PREECLÁMPTICAS DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
EMERGENCIA OBSTÉTRICA – IAHULA, MÉRIDA 2024.**

Parte I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Seleccione con una (X) según corresponda.

A) Edad: _____ **B) Género:** F _____ M _____

DATOS ACADÉMICOS:

C) Nivel académico: Técnico Superior Universitario _____

Licenciado (a) enfermería _____

Lcdo. con Diplomado en: (especifique) _____

Magister _____

Doctor (a) _____

D) ¿Ha participado recientemente en programas de actualización sobre el manejo de preeclampsia? Sí _____ No _____

Especifique tiempo desde la última actualización:

menos de tres años _____ más de tres años _____

DATOS LABORALES:

E) Años de servicio:

< de 1 años _____ 1 a 5 años _____ 6 a 10 años _____ 11 a 15 años _____

16 a 20 años _____ 21 años o más _____

F) Años de servicio en la emergencia obstétrica:

< de 1 año _____ 1 a 5 años _____ 6 a 10 años _____ 11 a 15 años _____

16 a 20 años _____ 21 años o más _____

G) Turno en que labora

Mañana _____ Tarde _____ Noche _____ Otro (especifique) _____

H) En el servicio, ¿aplican guías o protocolos de cuidados enfermeros sobre el manejo de preeclampsia? Sí _____ No _____

PARTE II: SABER DE ENFERMERÍA SOBRE PREECLAMPSIA.

INSTRUCCIONES:

1. A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con el saber y la práctica de enfermería sobre preeclampsia, con dos (2) opciones de respuesta distribuidas en dos (2) partes.
2. Por favor, coloque una (X), en la alternativa de respuesta que corresponda según su apreciación utilizando el bolígrafo negro, en los recuadros destinados para tal fin e identificados con el color negro.
3. Posterior a la presentación de la intervención educativa sobre Preeclampsia sírvase a marcar con una (X) los recuadros indicados con el color rojo, según corresponda con su apreciación.
4. Gracias por su colaboración.

Ítem	Proposiciones	Previo a la intervención educativa			Posterior a la intervención educativa		
		V	F	No sé	V	F	No sé
1	La Hipertensión arterial (HTA) gestacional es cuando la Presión Arterial Sistólica (PAS) $\geq 140\text{mmHg}$ y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) $\geq 90\text{mmHg}$, a las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa.						
2	La Hipertensión gestacional es un trastorno de la gestación caracterizado por cifras tensionales elevadas, a las 20 semanas de gestación, en la que no existe proteinuria.						
3	La preeclampsia sin signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales posterior a las 20 semanas de gestación en una mujer con presión arterial previa normal y que se acompaña de proteinuria.						
4	La preeclampsia con signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales en una mujer con presión arterial previa normal y que generalmente se acompaña de proteinuria, sin alteraciones neurológicas, cefalea, escotomas, fosfenos						
5	La hipertensión arterial crónica está presente antes del embarazo o que se diagnostica antes de la semana veinte (20) de gestación, y que generalmente permanece posterior a las 12 semanas postparto.						
6	La preeclampsia se clasifica en preeclampsia con signos y sin signos de severidad, según los niveles de presión arterial y los daños en órganos diana.						
7	La preeclampsia se puede clasificar según su gravedad en						

	Leve, Moderada y Grave.						
Ítem	Proposiciones	Previo a la intervención educativa			Posterior a la intervención educativa		
		V	F	No sé	V	F	No sé
8	Los valores de creatinina sérica > 1,1 mg/dl o el doble de la creatinina sérica normal/basal, junto con una urea < 40 mg/dl, son indicativos de una injuria renal aguda en una paciente preecláptica.						
9	Las enzimas hepáticas (TGO – TGP) con valores generalmente ≤ a 70 UI/L, Lactato Deshidrogenasa (LDH) > 600 mg/dl, son indicativos de una injuria hepática para preeclampsia.						
10	El método de elección para la medición de la proteinuria es a través de la recolección de orina en 24 horas						
11	Las pruebas de laboratorio como: Hematología completa, láctico deshidrogenasa (LDH) y bilirrubina total y fraccionada, responden al riesgo de hemólisis en la preeclampsia						
12	La gestante con hipertensión arterial tiene indicado al ingreso de la hospitalización la realización de un electrocardiograma.						
13	La somnolencia, estados de estupor, depresión respiratoria, paro cardíaco, disminución del gasto urinario y pérdida de reflejos osteotendinosos pueden ser síntomas comunes en otras condiciones y no siempre indican intoxicación por sulfato de magnesio.						
14	El objetivo principal, del tratamiento antihipertensivo, es prevenir un evento cerebro vascular hemorrágico.						
15	El labetalol (Alfa bloqueante) y la hidralazina, se consideran los fármacos de primera elección en los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.						
16	El sulfato de magnesio es un tratamiento utilizado en mujeres con preeclampsia, independientemente de la severidad, para la prevención de convulsiones, con una dosis de carga de 4-6 g intravenosa seguida de una dosis de mantenimiento de 1-2 g/h.						
17	Para la prevención de convulsiones, una de las opciones, es administrar 6g de Sulfato de magnesio, vía endovenosa, diluidos hasta 100 mL de solución 0,45 %, a pasar en 30 minutos, como dosis de impregnación. Se continúa con 6 g en 500 mL de solución 0,45 %, a razón de 28 gotas por minuto, para una dosis de mantenimiento de 1 g por.hora.						
18	En pacientes con presión arterial ≥ 160/110 mm Hg, se puede administrar Nifedipina 10 mg vía sublingual. La dosis puede repetirse cada 20 minutos, siempre realizando un monitoreo						

	continuo de la presión arterial para garantizar la dosificación adecuada.						
19	Los valores terapéuticos de sulfato de magnesio deben oscilar entre 1-8 mg/dL o su equivalente de 1-4 mmol/L, para evitar toxicidad.						
20	En una paciente diagnosticada con preeclampsia, a las 22 semanas de gestación, tiene criterio para la inducción de madurez fetal, usando como fármaco la Betametasona: 12 mg , vía intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.						

PARTE III: PRÁCTICA DE ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DE LA PREECLAMPSIA

Ítem	Preguntas	Previo a la intervención educativa					Posterior a la intervención educativa				
		S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N
VALORACIÓN											
1	Identifica factores de riesgo en la embarazada, indicativos de preeclampsia con signos de severidad (dolor epigástrico, alteraciones visuales, oliguria, cianosis)										
2	Realiza valoración general materno-fetal haciendo énfasis en la (auscultación de la FCF).										
3	Monitoriza la tensión arterial medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas con el fin de evitar picos hipertensivos										
4	Realiza el cálculo de la Presión arterial media (PAM), para evaluar la perfusión de los órganos vitales										
5	Realiza la medición de peso-talla, y calcula el Índice de Masa Corporal (IMC), al momento que la paciente es ingresada en la unidad hospitalaria.										
6	Valora los signos vitales de la embarazada (FC, pulso, FR, SatO2, TC°).										
7	Determina la Edad Gestacional con el fin de verificar el bienestar fetal										
8	Verifica la realización de la prueba de detección de proteinuria (en orina de 24 horas y/o en orina parcial).										
9	Analiza los exámenes de laboratorio (proteinuria, creatinina, TGO, TGP, recuento plaquetario, TP y TPT).										

10	Evalúa los reflejos tendinosos de la paciente.											
11	Verifica la permeabilidad y/o cateteriza 2 vías periféricas, en una zona adecuada, que no imposibilite la administración de medicamentos, ni la movilidad de la usuaria											
Ítem	Preguntas	Previo a la intervención educativa					Posterior a la intervención educativa					
		S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N	
MANEJO HOSPITALARIO DE BAJO RIESGO (PREECLAMPSIA SIN SIGNOS DE SEVERIDAD)												
12	Fomenta el reposo (decúbito lateral izquierdo)											
13	Proporciona información a la paciente sobre la importancia de una dieta (normoproteica y normosódica).											
14	Fomenta en la paciente la importancia del control prenatal estricto en posteriores embarazos, para evitar futuras complicaciones											
15	Realiza el control y registro de tensión arterial durante el turno											
16	Proporciona información de realizar el control de peso diariamente.											
17	Suministra información sobre evaluar localización y extensión de edema.											
18	Indaga a través de la madre si durante el periodo de hospitalización hay presencia de movimientos fetales											
NIVEL DE RIESGO (PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD)												
19	Valora las características de la cefalea en la paciente, identificando su localización (frontal, holocraneana, occipital, temporal), y si es unilateral o bilateral, para poder orientar el manejo adecuado.											
20	Evalúa las alteraciones visuales (visión borrosa, escotoma, fosfenos, ceguera cortical).											
21	Vigila el estado de conciencia de la paciente (somnolencia, mareos, tinitus).											
22	Valora la presencia de convulsiones, observando y registrando los movimientos involuntarios de la paciente, como sacudidas o rigidez, y asegurándote de mantener la vía aérea despejada.											
23	Valora la presencia de ruidos respiratorios anormales (estertores y crepitantes), los cuales puede ser indicativo de edema pulmonar											
24	Realiza la valoración (disnea, taquicardia, taquipnea, cianosis)											
25	Verifica la diuresis, manteniendo un GU > 50cc/hr.											
26	Comprueba la presencia de proteinuria con el examen de laboratorio (>5gr) y, además valora los niveles de creatinina											

27	Identifica la presencia de epigastralgia											
28	Valora la aparición del dolor en hipocondrio derecho											
FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.												
Ítem	Preguntas	Previo a la intervención educativa					Posterior a la intervención educativa					
		S	CS	AV	CN	N	S	CS	AV	CN	N	
29	Prepara a la paciente para la culminación de la gestación, asegurando también la administración de corticoesteroides para la maduración fetal según el esquema indicado.											
30	Prepara la paciente para la cesárea.											
31	Monitoriza horario los parámetros (PA, PAM, FC, diuresis y sangrado vaginal) posterior a la cesárea											
32	Realiza la toma de muestra para el perfil preeclámpico de control postparto											
33	Administra Difenilhidantoína (hepaminización de la paciente) según indicación médica, si luego de dos dosis reglamentarias de sulfato de magnesio los síntomas convulsivos persisten.											
34	Registra todo lo sucedido en la evolución de enfermería.											
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS												
35	Administra, alfametildopa: 250mg a 500mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 2g/día, previa indicación médica. Indicada en el manejo de la hipertensión arterial crónica durante el embarazo											
36	Administra, Nifedipina: 10mg a 30mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 120mg/día, previa indicación médica. Utilizada en casos de hipertensión aguda severa o crisis hipertensivas, particularmente en pacientes con preeclampsia con signos de severidad, para lograr una disminución rápida y controlada de la presión arterial											
37	Administra Infusión de Sulfato de Magnesio: 6gr VEV en 250 ml de solución 0.9% - Dext. 5% en 30 minutos como dosis de impregnación. Dosis de mantenimiento: 12-24gr en 500ml de solución 0.9% - Dext. 5%, administrando 1-2gr/hr, previa indicación médica. Indicada para prevenir o manejar convulsiones en casos de preeclampsia con signos de severidad o eclampsia.											
38	Administra, Betametasona: 12 mg VIM cada 24 horas por 2 dosis, previa indicación médica. Indicada para la maduración pulmonar fetal en casos de riesgo de parto prematuro en embarazadas menores de 34 semanas de gestación, para reducir la incidencia de enfermedades respiratorias en el recién nacido.											

ANEXO II

CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL COEFICIENTE

ALFA DE CROBACH

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,932	58

Estadísticos de los Elementos

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	N
1	La Hipertensión arterial (HTA) gestacional es cuando la presión Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, a las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa.	1,3000	0,48305	10
2	La Hipertensión gestacional es un trastorno de la gestación caracterizado por cifras tensionales elevadas, a las 20 semanas de gestación, en la que no existe proteinuria.	1,8000	0,42164	10
3	La preeclampsia sin signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales posterior a las 20 semanas de gestación en una mujer con presión arterial previa normal y que se acompaña de proteinuria.	1,5000	0,70711	10
4	La preeclampsia con signos de severidad es un trastorno sistémico de la gestación caracterizado por elevación de cifras tensionales en una mujer con presión arterial previa normal y que generalmente se acompaña de proteinuria, sin alteraciones neurológicas, cefalea, escotomas, fosfenos	1,3000	0,67495	10
5	La hipertensión arterial crónica está presente antes del embarazo o que se diagnostica antes de la semana veinte (20) de gestación, y que generalmente permanece posterior a las 12 semanas postparto.	2,0	0	10
6	La preeclampsia se clasifica en preeclampsia con signos y sin signos de severidad, según los niveles de presión arterial y los daños en órganos diana.	2,0	0	10
7	La preeclampsia se puede clasificar según su gravedad en Leve, Moderada y Grave.	1,3000	0,82327	10
8	Los valores de creatinina sérica $> 1,1$ mg/dl o el doble de la creatinina sérica normal/basal, junto con una urea < 40 mg/dl, son indicativos de una injuria renal aguda en una paciente preecláptica.	1,7000	0,48305	10

Nº	Ítems	Media	Desviación Estándar	N
9	Las enzimas hepáticas (TGO – TGP) con valores generalmente $\leq$ a 70 UI/L, Lactato Deshidrogenasa (LDH) $>$ 600 mg/dl, son indicativos de una injuria hepática para preeclampsia.	1,5000	0,84984	10
10	El método de elección para la medición de la proteinuria es a través de la recolección de orina en 24 horas	2,0	0	10
11	Las pruebas de laboratorio como: Hematología completa, láctico deshidrogenasa (LDH) y bilirrubina total y fraccionada, responden al riesgo de hemólisis en la preeclampsia	1,7000	0,67495	10
12	El objetivo principal, del tratamiento antihipertensivo, es prevenir un evento cerebro vascular hemorrágico.	1,8000	0,42164	10
13	El labetalol (Alfa bloqueante) y la hidralazina, se consideran los fármacos de primera elección en los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.	1,3000	0,82327	10
14	El sulfato de magnesio es un tratamiento utilizado en mujeres con preeclampsia, independientemente de la severidad, para la prevención de convulsiones, con una dosis de carga de 4-6 g intravenosa seguida de una dosis de mantenimiento de 1-2 g/h.	1,8000	0,63246	10
15	Para la prevención de convulsiones, una de las opciones, es administrar 6g de Sulfato de magnesio, vía endovenosa, diluidos hasta 100 mL de solución 0,45 %, a pasar en 30 minutos, como dosis de impregnación. Se continúa con 6 g en 500 mL de solución 0,45 %, a razón de 28 gotas por minuto, para una dosis de mantenimiento de 1 g por hora.	1,3000	0,82327	10
16	En pacientes con presión arterial $\geq$ 160/110 mm Hg, se puede administrar Nifedipina 10 mg vía sublingual. La dosis puede repetirse cada 20 minutos, siempre realizando un monitoreo continuo de la presión arterial para garantizar la dosificación adecuada.	1,8000	0,63246	10
17	Los valores terapéuticos de sulfato de magnesio deben oscilar entre 1-8 mg/dL o su equivalente de 1-4 mmol/L, para evitar toxicidad.	1,3000	0,94868	10
18	La somnolencia, estados de estupor, depresión respiratoria, paro cardíaco, disminución del gasto urinario y pérdida de reflejos osteotendinosos pueden ser síntomas comunes en otras condiciones y no siempre indican intoxicación por sulfato de magnesio.	1,3000	0,67495	10
19	En una paciente diagnosticada con preeclampsia, a las 22 semanas de gestación, tiene criterio para la inducción de madurez fetal, usando como fármaco la Betametasona: 12 mg , vía intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.	1,7000	0,48305	10
20	La gestante con hipertensión arterial tiene indicado al ingreso de la hospitalización la realización de un electrocardiograma.	1,3000	0,67495	10
21	Identifica factores de riesgo en la embarazada, indicativos de preeclampsia con signos de severidad (dolor epigástrico, alteraciones visuales, oliguria, cianosis)	4,3000	1,05935	10
22	Realiza valoración general materno-fetal haciendo énfasis en la (auscultación de la FCF)	3,9000	1,37032	
23	Monitoriza la tensión arterial medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas con el fin de evitar picos hipertensivos	4,2000	0,91894	10

Fuente: Cálculos propios

N°	Ítems	Media	Desviación Estándar	N
24	Realiza el cálculo de la Presión arterial media (PAM), para evaluar la perfusión de los órganos vitales	3,5000	1,35401	10
25	Realiza la medición de peso-talla, y calcula el Índice de Masa Corporal (IMC), al momento que la paciente es ingresada en la unidad hospitalaria.	2,8000	1,39841	10
26	Valora los signos vitales de la embarazada (FC, pulso, FR, SatO2, TC°).	4,2000	1,13529	10
27	Determina la Edad Gestacional con el fin de verificar el bienestar fetal	3,5000	1,50923	10
28	Verifica la realización de la 5ª prueba de detección de proteinuria (en orina de 24 horas y/o en orina parcial)	3,6000	1,34990	10
29	Analiza los exámenes de laboratorio (proteinuria, creatinina, TGO, TGP, recuento plaquetario, TP y TPT)	3,8000	1,13529	10
30	Evalúa los reflejos tendinosos de la paciente	3,6000	1,26491	10
31	Verifica la permeabilidad y/o cateteriza 2 vías periféricas, en una zona adecuada, que no imposibilite la administración de medicamentos, ni la movilidad de la usuaria	5,0	0	10
32	Fomenta el reposo (decúbito lateral izquierdo)	4,5000	0,97183	10
33	Proporciona información a la paciente sobre la importancia de una dieta (normoproteica y normosódica).	4,9000	0,31623	10
34	Fomenta en la paciente la importancia del control prenatal estricto en posteriores embarazos, para evitar futuras complicaciones	4,9000	0,31623	10
35	Realiza el control y registro de tensión arterial durante el turno	4,0000	1,15470	10
36	Proporciona información de realizar el control de peso diariamente	3,5000	1,35401	10
37	Suministra información sobre evaluar localización y extensión de edema.	4,2000	0,78881	10
38	Indaga a través de la madre si durante el periodo de hospitalización hay presencia de movimientos fetales	4,5000	0,84984	10
39	Valora las características de la cefalea en la paciente, identificando su localización (frontal, holocraneana, occipital, temporal), y si es unilateral o bilateral, para poder orientar el manejo adecuado.	3,7000	1,33749	10
40	Evalúa las alteraciones visuales (visión borrosa, escotoma, fosfenos, ceguera cortical).	4,1000	0,99443	10
41	Vigila el estado de conciencia de la paciente (somnia, mareos, tinitus)	4,5000	1,08012	10
42	Valora la presencia de convulsiones, observando y registrando los movimientos involuntarios de la paciente, como sacudidas o rigidez, y asegurándose de mantener la vía aérea despejada	4,0000	1,33333	10
43	Valora la presencia de ruidos respiratorios anormales (estertores y crepitantes), los cuales puede ser indicativo de edema pulmonar	3,5000	1,35401	10

Fuente: Cálculos propios

N°	Ítems	Media	Desviación Estándar	N
44	Realiza la valoración (disnea, taquicardia, taquipnea, cianosis)	4,4000	0,69921	10
45	Verifica la diuresis, manteniendo un GU > 50cc/hr.	4,8000	0,42164	10
46	Comprueba la presencia de proteinuria con el examen de laboratorio (>5gr) y, además valora los niveles de creatinina	3,8000	1,03280	10
47	Identifica la presencia de epigastralgia	4,3000	0,94868	10
48	Valora la aparición del dolor en hipocondrio derecho	3,9000	1,10050	10
49	Prepara a la paciente para la culminación de la gestación, asegurando también la administración de corticoesteroides para la maduración fetal según el esquema indicado.	4,8000	0,63246	10
50	Prepara la paciente para la cesárea.	4,8000	0,63246	10
51	Monitoriza los parámetros (PA, PAM, FC, diuresis y sangrado vaginal) posterior a la cesárea	4,5000	0,70711	10
52	Realiza la toma de muestra para el perfil preeclámptico de control postparto	4,3000	0,94868	10
53	Administra Difenilhidantoína (hepaminización de la paciente) según indicación médica, si luego de dos dosis reglamentarias de sulfato de magnesio los síntomas convulsivos persisten.	3,2000	1,22927	10
54	Registra todo lo sucedido en la evolución de enfermería.	5,0	0	10
55	Administra, alfametildopa: 250mg a 500mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 2g/día, previa indicación médica. Indicada en el manejo de la hipertensión arterial crónica durante el embarazo	3,8000	0,78881	10
56	Administra, Nifedipina: 10mg a 30mg VO cada 8 a 6 horas, dosis máxima 120mg/día, previa indicación médica. Utilizada en casos de hipertensión aguda severa o crisis hipertensivas, particularmente en pacientes con preeclampsia con signos de severidad, para lograr una disminución rápida y controlada de la presión arterial	4,9000	0,31623	10
57	Administra Infusión de Sulfato de Magnesio: 6gr VEV en 250 ml de solución 0.9% - Dext. 5% en 30 minutos como dosis de impregnación. Dosis de mantenimiento: 12-24gr en 500ml de solución 0.9% - Dext. 5%, administrando 1-2gr/hr, previa indicación médica. Indicada para prevenir o manejar convulsiones en casos de preeclampsia con signos de severidad o eclampsia.	4,5000	0,97183	10
58	Administra, Betametasona: 12 mg VIM cada 24 horas por 2 dosis, previa indicación médica. Indicada para la maduración pulmonar fetal en casos de riesgo de parto prematuro en embarazadas menores de 34 semanas de gestación, para reducir la incidencia de enfermedades respiratorias en el recién nacido.	4,7000	0,94868	10

Fuente: Cálculos propios

ANEXO III

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL MANEJO DE
LA PREECLAMPSIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE
EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL IAHULA, 2024.**

AUTORAS:

T.S.U Evelyn Fernandez

T.S.U Germery Contreras

TUTOR:

Prof. Rafael Maldonado

Merida, 2025

INTRODUCCIÓN

La atención obstétrica de emergencia en contextos hospitalarios de alta demanda exige una preparación técnica y científica continua del personal de salud, especialmente del equipo de enfermería, cuyas acciones tienen un impacto directo en la evolución clínica de la paciente. En este escenario, la preeclampsia representa una urgencia médica de primer orden, cuya detección precoz y tratamiento oportuno dependen, en buena medida, de la capacidad del personal para identificar signos y síntomas claves, así como de su conocimiento sobre los protocolos de manejo actualizados.

En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), centro de referencia regional, las enfermeras y enfermeros que laboran en la emergencia obstétrica enfrentan cotidianamente el desafío de atender a mujeres embarazadas con complicaciones hipertensivas, muchas veces en condiciones limitadas de tiempo, espacio o recursos. Esta dinámica pone en evidencia la necesidad de fortalecer las competencias clínicas mediante intervenciones formativas breves pero significativas, que respondan a los vacíos detectados durante la práctica diaria.

Este capítulo plantea una intervención educativa con carácter propositivo, que no solo busca reforzar conocimientos técnicos sobre la preeclampsia, sino también promover una reflexión crítica sobre la práctica asistencial, incentivar el trabajo colaborativo y mejorar la toma de decisiones en situaciones de alta complejidad. Se presenta como una herramienta práctica, diseñada a partir de las necesidades identificadas en la etapa diagnóstica de esta investigación, con el fin de incidir positivamente en la calidad del cuidado y en los resultados materno-perinatales.

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de implementar estrategias educativas dirigidas al personal de enfermería no es un asunto novedoso, pero sí urgente, sobre todo cuando se trata del manejo de condiciones obstétricas de alto riesgo como la preeclampsia. Esta enfermedad, aunque prevenible y tratable en muchos casos, sigue siendo responsable de complicaciones graves, debido en parte a fallas en la vigilancia clínica, deficiencias en la aplicación de protocolos o desconocimiento sobre las manifestaciones tempranas que preceden al deterioro materno.

Durante el desarrollo de esta investigación, se evidenció que muchos profesionales de enfermería, aun con años de experiencia, carecen de formación sistemática y actualizada sobre el abordaje integral de esta patología, lo que puede repercutir en la calidad de la atención brindada. Esta situación no es atribuible únicamente a la responsabilidad individual, sino también a la ausencia de espacios institucionales que promuevan el aprendizaje continuo y contextualizado.

En este sentido, la intervención educativa propuesta se justifica no solo como un aporte académico, sino como una necesidad práctica para elevar el nivel de competencia del recurso humano que se encuentra en la primera línea de atención. Su ejecución contribuirá a estandarizar prácticas, disminuir errores, mejorar la comunicación entre profesionales y, sobre todo, brindar una atención más segura y eficiente a las mujeres con preeclampsia que acuden a la emergencia obstétrica del IAHULA.

Asimismo, esta iniciativa responde a los principios de calidad y equidad en salud, ya que busca garantizar que todas las pacientes reciban cuidados oportunos, independientemente del

profesional que las atienda, fomentando una cultura institucional de actualización constante, basada en evidencia científica y en la realidad asistencial del hospital.

PROPÓSITO

Proporcionar al personal de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA herramientas conceptuales, clínicas y actitudinales para el manejo oportuno, seguro y ético de pacientes con preeclampsia, mejorando el desempeño profesional y fortalecer la capacidad de respuesta ante una condición que representa una de las principales causas de morbilidad materna en el país.

MISIÓN

Contribuir con el cuidado holístico humanizado de la paciente con preeclampsia en la emergencia obstétrica del IAHULA, a través de la actualización científica basada en los protocolos de actuación por parte del profesional de enfermería para garantizar una atención oportuna de calidad y calidez centrada en las necesidades de las pacientes, reduciendo los riesgos y consagrar el bienestar materno-fetal.

VISIÓN

La intervención educativa sobre el fortalecimiento del manejo de la preeclampsia en el personal de enfermería del área de emergencia obstétrica del IAHULA, será un documento educativo de referencia a nivel local, regional y nacional en cuanto a la aplicación, difusión y aporte investigativo por parte del profesional de enfermería en relación al cuidado holístico del mismo, con el propósito de estandarizar los cuidados enfermeros para dar una respuesta rápida en la atención integral.

OBJETIVO GENERAL

Al finalizar la experiencia de aprendizaje (intervención educativa) los profesionales de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, estarán en la capacidad de garantizar una atención integral efectiva brindando un cuidado enfermero holístico en el manejo de las pacientes preeclámpicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los conceptos fundamentales sobre la preeclampsia, la etiología, fisiopatología y factores de riesgo.

2. Reconocer los signos y síntomas característicos de la preeclampsia, su clasificación y el síndrome de HELLP.

3. Explorar los métodos diagnósticos, procedimientos de valoración clínica y de monitoreo continuo aplicados al manejo de pacientes preeclámpicas en una Emergencia Obstétrica.

4. Conocer la utilidad y el objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico en la preeclampsia.

5. Categorizar las intervenciones de enfermería en la atención de pacientes preeclámpicas.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta intervención será aplicada principalmente en la emergencia obstétrica del IAHULA.

POBLACIÓN DIANA

Los profesionales de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, cuando se presente la necesidad de proporcionar cuidado enfermero holísticos a pacientes con preeclampsia de la emergencia obstétrica, con la finalidad de resolver la situación clínica, minimizando las complicaciones materno-fetal

PERSONAL QUE INTERVIENE

Principalmente los profesionales de enfermería que laboran en la emergencia obstétrica del IAHULA, personal en formación.

DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La estrategia metodológica se convierte en un conjunto de procedimientos y recursos cognitivos, afectivos y psicomotores llevando al ámbito del aprendizaje, es por ello, que la elaboración de la intervención educativa sobre el fortalecimiento del manejo de la preeclampsia, se cimienta con un enfoque participativo y dinámico el cual se estableció mediante la exposición teórica, fortaleciendo el intercambio efectivo del conocimiento. En tal sentido, esta metodología permitió abordar de manera integral los aspectos científicos, éticos y humanos relacionados con el tema, promoviendo el aprendizaje significativo entre los participantes; mediante la técnica de exposición interactiva (Preguntas dirigidas) apoyada en presentación de PowerPoint, la observación grupal y la retroalimentación, impulsando el pensamiento crítico en el cuidado humanizado de calidad y calidez. Por lo tanto, su ejecución asegura un espacio formativo enriquecedor, orientado a empoderar a los profesionales de enfermería en la aplicación de cuidados basados en evidencia científica y en el respeto y las necesidades de las usuarias.

Objetivo general: Al finalizar la experiencia de aprendizaje (intervención educativa) los profesionales de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, estarán en la capacidad de garantizar una atención integral efectiva brindando un cuidado enfermero holístico en el manejo de las pacientes preeclámpticas.

Objetivos específicos	Contenidos orientadores	Estrategias metodológicas	Tiempo	Recurso	Evaluación
Identificar los conceptos fundamentales sobre la preeclampsia, la etiología, fisiopatología y factores de riesgo.	- Definición de preeclampsia. - Etiología y Fisiopatología de la preeclampsia. - Factores de riesgo	Salutación.	5 min	Humano:	- Pretest - Postest
Reconocer los signos y síntomas característicos de la preeclampsia, su clasificación y el síndrome de HELLP.	- Signos y síntomas de la preeclampsia. - Clasificación: Sin y con signos de severidad - Síndrome de HELLP: definición, diagnóstico diferencial y complicaciones	Conversatorio	10 min	Materiales:	
Explorar los métodos diagnósticos, procedimientos de valoración clínica y de monitoreo continuo aplicados al manejo de pacientes preeclámpticas en una Emergencia Obstétrica.	- Métodos diagnósticos - Parámetros maternos y fetales - Técnicas de valoración - Registro de enfermería	Exposición interactiva (Preguntas dirigidas)	25 min	- Computadora - Infografía de imágenes vía online (grupo de WhatsApp). - Cartelera informativa	
Conocer la utilidad y el objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico en la preeclampsia.	- Tratamiento farmacológico: Sulfato de magnesio, antihipertensivos. - Tratamiento no farmacológico. - Criterios para				

	evacuación del útero.				
Categorizar las intervenciones de enfermería en la atención de pacientes preeclámpicas.	• Manejo hospitalario de bajo riesgo: preeclampsia sin signos de severidad. • Manejo hospitalario nivel de riesgo: preeclampsia con signos de severidad				

www.bdigital.ula.ve

ANEXO IV

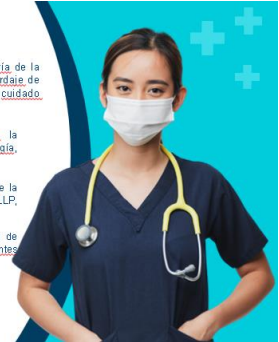
Materia de apoyo de para sesión educativa



Objetivo General

Al finalizar la sesión educativa los profesionales en enfermería de la emergencia obstétrica podrán mejorar las prácticas en el abordaje de pacientes preeclámpsicos fomentando así la calidad del cuidado, dentro de la institución

1. Identificar los conceptos fundamentales sobre la preeclampsia, incluyendo su definición, etiología, factores de riesgo y fisiopatología.
2. Reconocer los signos y síntomas característicos de la preeclampsia, su clasificación, síndrome de HELLP, para mejorar la capacidad de detección temprana.
3. Analizar los procedimientos de valoración clínica y de monitoreo continuo aplicados al manejo de pacientes preeclámpsicos, en la emergencia obstétrica.



Objetivos

4. Actualizar al personal de enfermería sobre las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas recomendadas, garantizando una atención integral y efectiva.
5. Fomentar la aplicación del trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre el personal de salud, durante la atención de casos de preeclampsia en emergencias obstétricas.



Objetivo general: Al finalizar la experiencia de aprendizaje (intervención educativa) los profesionales de enfermería de la emergencia obstétrica del IAHULA, estarán en la capacidad de garantizar una atención integral efectiva brindando un cuidado enfermero holístico en el manejo de las pacientes preeclámpsicas.

Objetivos específicos	Contenidos orientadores	Estrategias metodológicas	Tiempo	Recurso	Evaluación
Identificar los conceptos fundamentales sobre la preeclampsia, la etiología, fisiopatología y factores de riesgo.	Definición de preeclampsia. Etiología y Fisiopatología de la preeclampsia. Factores de riesgo	Saludación: 5 min Conversatorio: 10 min	5 min 10 min	Humano: • Facilitadores • Personal de enfermería	• Pretest • Posttest
Reconocer los signos y síntomas característicos de la preeclampsia, su clasificación, síndrome de HELLP, para mejorar la capacidad de detección temprana.	Signos y síntomas de la preeclampsia. Clasificación Sin y con signos de severidad Síndrome de HELLP: definición, diagnóstico diferencial y complicaciones.	Exposición interactiva (Preguntas dirigidas): 25 min	25 min	Materiales: • Computadora • Infografía de imágenes de internet (grupo de WhatsApp) • Cartelera informativa	
Analizar los procedimientos de valoración clínica y de monitoreo continuo aplicados al manejo de pacientes preeclámpsicos, en la emergencia obstétrica.	Métodos diagnósticos Pálpitos maternos y fetales Técnicas de valoración Registro de enfermería				
	Conocer la utilidad y el objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico en la preeclampsia. Categorizar las intervenciones de enfermería en la atención de pacientes preeclámpsicos.	Tratamiento farmacológico: Sulfato de magnesio, antihipertensivos. Tratamiento no farmacológico: Criterios para evacuación del útero. Manejo hospitalario de bajo riesgo: preeclampsia sin signos de severidad. Manejo hospitalario nivel de riesgo: preeclampsia con signos de severidad.			

¿Qué son los trastornos hipertensivos del embarazo ?

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son problemas muy frecuentes que llegan a complicar 10 a 15% de los embarazos y constituyen un importante problema de salud pública, siendo considerados la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo. Son además causa importante de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.



Bryce et al. (2019). Hipertensión en el embarazo. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Lima-Peru. ISSN 2304-5132

Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo

01. Hipertensión gestacional
02. Preeclampsia / eclampsia/ síndrome de heip
03. Hipertensión crónica con preeclampsia sobrealimentada
04. Hipertensión crónica

Luna, D y Martinovic, C. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Revista Médica Clínica Las Condes.



¿Qué es la hipertensión crónica ?

Se caracteriza por una presión arterial sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 90 mmHg, ya sea antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación y que persista posterior a 12 semanas del parto.



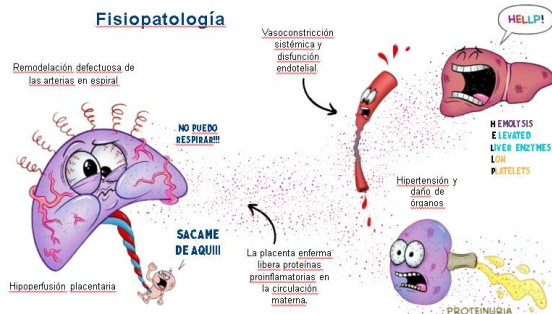
Luna, D y Martinovic, C. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Revista Médica Clínica Las Condes. Volumen (34).

¿Que es la preeclampsia?

Se caracteriza por la aparición de hipertensión, definida como una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg o diastólica mayor a 90 mmHg, en combinación con proteinuria y/o signos de daño a órganos vitales. La manifestación de estos síntomas generalmente ocurre después de la semana 20 de gestación, pudiendo extenderse al periodo del parto, y el puerperio.



Pavlovich, S., Salmeron, C., Ponco, M y Luna, A. (2023). Preeclampsia: Revisión. Revista Hemostasis: Artículo de Revisión. México.



Clasificación de la preeclampsia

Preeclampsia sin signos de severidad

1. TA $\geq$ 140/90mmHg
2. Proteinuria $\geq$ 300mg/dl 24hrs ó tira reactiva de 2+ de proteína en orina parcial

Pre-eclampsia con signos de severidad

1. TA $\geq$ 160/110mmHg
2. con o sin Proteinuria $\geq$ 5g en recolección de orina de 24hrs con 1 o + signos de gravedad
3. gravedad

Pavlovich, S., Salmeron, C., Ponce, M y Luna, A. (2023). Preeclampsia: Revisión. Revista Homeostasis: Artículo de Revisión. México

Signos de gravedad en la preeclampsia con signos de severidad

- TA de 160/100mmHg o >, en dos tomas consecutivas con 6hrs
- de diferencia
- Plaquetas $< 100 \times 109/L$
- Creatinina sérica > 1.1 mg/dl o elevada mayor al doble de su valor normal en ausencia de nefropatía
- Enzimas Hepáticas $> 70U/L$ o dolor severo y persistente en el cuadrante superior derecho o epigastro refractario a la medicación
- Cefalea de nueva aparición refractaria a la medicación e inexplicable por diagnósticos alternativos
- Alteraciones visuales
- Edema pulmonar

Pavlovich, S., Salmeron, C., Ponce, M y Luna, A. (2023). Preeclampsia: Revisión. Revista Homeostasis: Artículo de Revisión. México

¿Qué es la eclampsia?

La eclampsia es una variable o complicación de la preeclampsia que se manifiesta con la presencia de convulsiones tónico-clónicas de nueva aparición, o coma en una paciente con preeclampsia, sin una causa neurológica identificable, y constituye una complicación potencialmente mortal para la madre y el feto.

Pavlovich, S., Salmeron, C., Ponce, M y Luna, A. (2023). Preeclampsia: Revisión. Revista Homeostasis: Artículo de Revisión. México

¿Qué es el síndrome de HELLP

- El síndrome HELLP es una presentación grave de la preeclampsia severa, se caracteriza por producir hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas
- Inicia durante el ultimo trimestre del embarazo afectando entre el 0,5 y el 0,9% de los embarazos

Criterios diagnósticos:

- LDH $\geq 600U/L$
- PLAQUETAS: < 150 U/L
- AST y ALT: $\geq 70U/L$

Pavlovich, S., Salmeron, C., Ponce, M y Luna, A. (2023). Preeclampsia: Revisión. Revista Homeostasis: Artículo de Revisión. México

Métodos diagnósticos

Trastornos hipertensivos del embarazo

- **Historia clínica:** Identificación de factores de riesgo (primiparidad, edad materna avanzada, antecedentes familiares)
- **Medición de la presión arterial:** $\geq 140/90$ mmHg en al menos dos tomas con cuatro horas de diferencia
- **Evaluación de proteínas en orina:** Proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas o relación proteína/creatinina ≥ 0.3
- **Laboratorios generales:** Hemograma completo, pruebas de función renal y hepática

Villar, J., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Merioldi, M. (2004). Preeclampsia y eclampsia: Una revisión sistemática de la literatura. Revista Panamericana de Salud Pública

Métodos diagnósticos

Preeclampsia

- **Diagnóstico clínico:** Presión arterial elevada y proteinuria persistente después de las 20 semanas de gestación
- **Laboratorios específicos:**
 - Pruebas renales: Elevación de creatinina (> 1.1 mg/dl o duplicación del valor base)
 - Pruebas hepáticas: Aumento de transaminasas (AST y ALT)
 - Hemograma: Plaquetopenia ($< 100,000/uL$)
- **Evaluación del bienestar fetal:** Ultrasonografía obstétrica con Doppler para valorar el crecimiento fetal y la función placentaria
- **Pruebas de coagulación:** Tiempos prolongados en casos graves

Villar, J., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Merioldi, M. (2004). Preeclampsia y eclampsia: Una revisión sistemática de la literatura. Revista Panamericana de Salud Pública

Métodos diagnósticos

Eclampsia

- **Diagnóstico clínico:** Aparición de convulsiones generalizadas en una mujer con preeclampsia sin otra causa neurológica identificable
- **Neuroimágenes:** Tomografía computarizada o resonancia magnética para descartar hemorragia intracranial o encefalopatía hipertensiva
- **Monitorización:** Función neurológica, presión arterial y estado de conciencia

Villar, J., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Merioldi, M. (2004). Preeclampsia y eclampsia: Una revisión sistemática de la literatura. Revista Panamericana de Salud Pública

Métodos diagnósticos

Síndrome de HELLP

- **Laboratorios específicos:**
 - **Hemólisis:** Esquistocitos en el frotis de sangre periférica, bilirrubina indirecta elevada, haptoglobina disminuida.
 - **Enzimas hepáticas:** Elevación significativa de AST y ALT.
 - **Plaquetas:** Recuento <100.000/ μ L.
- **Evaluación clínica:** Dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos.
- **Imágenes:** Ultrasonido hepático para descartar hematomas o ruptura hepática.
- **Pruebas de coagulación:** Para evaluar complicaciones asociadas como coagulación intravascular diseminada (CID).

Villar, J., Say, L., Gálvezodu, A. M., & Meroldi, M. (2004). Preeclampsia y eclampsia: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*

Tratamiento



Tratamiento para Trastornos Hipertensivos

Hidralazina

Se usa principalmente en emergencias.

Bolo inicial de 5 mg IV con bolos de 5 a 10 mg IV cada 20 minutos.

Dosis máxima de 30 mg.

Labetelol

20 mg IV seguido de 40 a 80 mg cada 10 minutos, hasta una dosis máxima de 220 mg.

Dosis de 100 a 400 mg inclusive de hasta 1200 mg al día.

Nifedipino

10 mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50 mg.

Dosis de 10 a 20 mg hasta 180 mg al día.

Velamón, V., Duen, C. y Hernández, S. (2022). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de la Facultad de Medicina, México*

Preeclampsia sin signos

Carvedilol

Desde 0.30 mg a intervalos de 12 h (titulando dosis cada 3 – 10 días) según requerimiento y tolerancia.

Dosis máxima de 50 mg/día.

Alfametildopa

250 y 500 mg a intervalos de 6,8 u 12 horas

Dosis Máxima 2000 mg/Día

Nota importante

El Labetelol (Alfa bloqueante) se considera el fármaco de primera elección a nivel mundial.

Protocolo de manejo clínico de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) – Mérida, Venezuela, 2023

Sulfato de Magnesio

Preeclampsia sin signos

Uso preparto: No amerita

Uso postparto:
6 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) 12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h)



Protocolo de manejo clínico de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo del Instituto Autónomo Hospital

Sulfato de Magnesio

Preeclampsia con signos

Uso preparto:

Bolo: 4 gr VEV en 250 cc sol 0,9% en 20 min Mantenimiento: 6 gr en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h)
Bolo: 6 gr VEV en 250 cc sol 0,9% en 20 min Mantenimiento: 12 gr en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h)

Uso postparto:

6 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) 12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h)



Protocolo de manejo clínico de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo del Instituto Autónomo Hospital

Sulfato de Magnesio

Eclampsia

Uso preparto:
Bolo: 6 gr VEV en 250 cc sol 0,9% en 20 min (No se contempla mantenimiento).
Se podrá repetir el bolo hasta en 3 oportunidades de consecución antes de la fiscalización de la gestación (vigilando signos de toxicidad).

Uso postparto:

12 gr VEV en 500 cc de sol 0,9% (1 gr/h) x 2 dosis (total 24 gr) de permanecer anictal. Si presenta nuevo episodio: Repetir bolo con 6 gr infusión por 24 horas (hasta permanecer 24 horas anictal).



Protocolo de manejo clínico de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo del Instituto Autónomo Hospital

Exámenes de laboratorio: perfil preecláptico

- 01 Hemograma Completo
- 02 Glicemia (para descartar coexistencia de diabetes de cualquier etiología)
- 03 Urea (usando valor de corte de 40 mg/dl para severidad)
- 04 Creatinina (usando valor de corte de 1,1 mg/dl para severidad)
- 05 Ácido Úrico (usando valor de corte de 5,5 mg/dl para severidad)

Lowdermilk, D. Perry, S. y Bobak, I. (1999). *Enfermería Materno - Infantil*. 6.ª Edición, Editorial Harcourt Brace, Madrid - España



Exámenes de laboratorio: perfil preecláptico

- 06 (A.L.T. –T.G.O.) (usando valor de corte de 70 mg/dl para severidad)
- 07 (A.S.T –T.G.P) (usando valor de corte de 40 mg/dl para severidad)
- 08 (L.D.H) (usando valor de corte de 600 mg/dl para severidad)
- 09 Proteínas Totales y fraccionadas, Bilirrubinas
- 10 Totales y Fraccionadas (para realizar diagnóstico diferencial en caso de afectación hepática)
- 11 Tiempos de Coagulación: (TP) (TPT)

Lowdermilk, D. Perry, S. y Bobak, I. (1999). *Enfermería Materno - Infantil*. 6.ª Edición, Editorial Harcourt Brace, Madrid - España



Exámenes de laboratorio: perfil preecláptico

- 12 Fibrinógeno
- 13 Dímero D
- 14 Serología para V.D.R.L., H.I.V. y Anticorpos B.
- 15 (Requisitos preoperatorios)
- 16 Análisis de muestra parcial de orina con proteinuria (preferiblemente cuantitativa) De ser posible solicitar valores de creatinina y proteína en muestra parcial para la obtención de la Relación Albúmina / Creatinina (RAC)



Cuidados de enfermería en pacientes preeclámpticas

Valoración neurológica Se recomienda evaluar el estado de conciencia, en cada turno o ante cualquier cambio en el comportamiento de la paciente.	Valoración neurológica La hiperreflexia refleja una irritación del sistema nervioso central, lo que puede ser indicativo de una forma grave de la enfermedad.	Valoración neurológica Las cefaleas intensas y las alteraciones visuales, como visión borrosa, presencia de escotomas y, en casos raros, ceguera cortical, son síntomas comunes en las pacientes con preeclampsia.	Valoración cardiovascular medir la TA cada 4hrs por turno, medir frecuencia cardíaca, y valorar llenado capilar.
--	---	--	--

Quicha, I. (2024). *Conocimientos y prácticas de enfermería en el cuidado de pacientes con Preeclampsia en el hospital Arzobispo Cayza, Lima 2024*. Lima

Cuidados de enfermería en pacientes preeclámpticas

Valoración del sistema respiratorio Se debe medir la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria regularmente, y realizar una evaluación más frecuente en pacientes con síntomas de dificultad respiratoria o en aquellos con preeclampsia severa.	Valoración del sistema hepático Es recomendable realizar las pruebas de función hepática de manera regular, sobre todo en pacientes que presenten signos de preeclampsia o en aquellas con sospecha de síndrome HELLP.	Valoración del sistema renal Se debe evaluar la diuresis de forma constante, registrando la cantidad de orina por turno. En casos críticos, se puede hacer un monitoreo más frecuente para detectar cualquier signo de insuficiencia renal, identificar la presencia de edema.	Valoración psicosocial Realizar una valoración psicosocial en cada turno o con mayor frecuencia si la paciente presenta signos de ansiedad o estrés significativo.
---	--	--	--

Quicha, I. (2024). *Conocimientos y prácticas de enfermería en el cuidado de pacientes con Preeclampsia en el hospital Arzobispo Cayza, Lima 2024*. Lima

Manejo hospitalario de bajo riesgo: preeclampsia sin signos de severidad

- Seguimiento constante y la prevención de complicaciones graves.
- Se recomienda que la paciente se tome la presión tres veces al día, en diferentes momentos (mañana, tarde y noche), para asegurar que se mantenga por debajo de los 140/90 mmHg.
- El control de la proteinuria debe ser una prioridad.
- Se debe estar alerta ante la aparición de signos como dolor de cabeza severo, visión borrosa, dolor abdominal en la parte superior derecha o hinchazón repentina de manos, pies o cara.
- Se debe evitar esfuerzos físicos excesivos, pero no es necesario reposo absoluto.
- Si la presión arterial persiste elevada, superior a los 140/90 mmHg, el médico puede prescribir medicamentos antihipertensivos como metildopa, nifedipina o labetalol.
- Se recomienda una dieta baja en sal y un consumo adecuado de líquidos.

Vaca, I. (2021). *Importancia de Los Cuidados de Enfermería en La Preeclampsia*. (Trabajo de Grado) Universidad de Valladolid, España

Manejo hospitalario nivel de riesgo: preeclampsia con signos de severidad

- Hospitalización inmediata para evitar complicaciones graves tanto para la madre como para el bebé.
- Las intervenciones deben enfocarse en controlar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad.
- El monitoreo de la presión arterial debe ser continuo, realizándose cada 2 horas.
- Si los valores superan los 160/110 mmHg, se debe iniciar tratamiento con antihipertensivos intravenosos, como labetalol o hidralazina.
- La administración de sulfato de magnesio es fundamental en el manejo de la preeclampsia con signos de severidad, ya que, previene la aparición de convulsiones y la progresión hacia eclampsia.

Vaca, I. (2021). *Importancia de Los Cuidados de Enfermería en La Preeclampsia*. (Trabajo de Grado) Universidad de Valladolid, España

Manejo hospitalario nivel de riesgo: preeclampsia con signos de severidad

- El control de la proteinuria y la función renal también es crucial. Se deben realizar análisis frecuentes de orina y sangre para evaluar la presencia de proteínas y el funcionamiento renal. Si se detecta insuficiencia renal o un aumento significativo de la proteinuria, el tratamiento con diuréticos puede ser necesario, ajustándose según la respuesta de la paciente.
- El bienestar fetal debe ser monitoreado constantemente mediante un monitor fetal, para evaluar así la frecuencia cardíaca y el flujo sanguíneo placentario. Si se presentan signos de sufrimiento fetal, como variabilidad en la frecuencia cardíaca o desaceleraciones, se puede considerar la inducción del parto o una cesárea si la condición de la madre lo justifica.

Vaca, I. (2021). *Importancia de Los Cuidados de Enfermería en La Preeclampsia*. (Trabajo de Grado) Universidad de Valladolid, España

Manejo hospitalario nivel de riesgo: preeclampsia con signos de severidad

- Se deben realizar pruebas de función hepática con regularidad, y en caso de que se detecten niveles elevados de transaminasas o signos del síndrome HELLP.
- Si se presenta edema pulmonar, un signo grave de preeclampsia severa, se deben administrar diuréticos intravenosos para reducir la sobrecarga de líquidos y aliviar la presión pulmonar. En casos graves, puede ser necesario el uso de oxígeno suplementario o ventilación mecánica, dependiendo de la gravedad del edema.
- Finalmente, después del parto, la paciente debe continuar siendo monitorizada estrechamente, con especial atención a la función renal, hepática y hematológica. El monitoreo de la presión arterial y la administración de sulfato de magnesio deben seguir siendo parte del manejo postparto.

Vaca, I. (2021). *Importancia de Los Cuidados de Enfermería en La Preeclampsia*. (Trabajo de Grado) Universidad de Valladolid, España

Muchas Gracias

