



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**COMPETENCIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: AUTOEVALUACIÓN EN
LA FASE DE VALORACIÓN EN MUJERES CON PREECLAMPSIA
SEGÚN TEORÍA DE BENNER**

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(CIENCIAS DE LA SALUD)

PRESENTA:
LIC. ENF. WENDY JIMÉNEZ LÓPEZ

TUTORA: DRA. GRACIELA GONZÁLEZ JUÁREZ
(ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA)

CDMX, MARZO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 10 de marzo del 2020.

LIC. EN ENF. WENDY JIMÉNEZ LÓPEZ
No. de Cuenta 404021519

PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 09 de marzo del 2020, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería (Ciencias de la Salud)** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada:

“COMPETENCIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: AUTOEVALUACIÓN EN LA FASE DE VALORACIÓN EN MUJERES CON PREECLAMPSIA”

Integrado de la siguiente manera:

Presidente : Doctor Juan Pineda Olvera
Vocal : Doctora Graciela González Juárez 10/03/2020
Secretario : Maestra Belinda de la Peña León 11/03/2020
Suplente : Doctora María Cristina Muggenburg R.V.
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez 10/03/2020

Sin más por el momento, me despido.

ATENTAMENTE
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

C.c.p. Expediente alumno.

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
EN ENFERMERÍA

AJ-F3

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitir ejercer una enseñanza académica en la disciplina de enfermería; con el propósito de incentivar un aprendizaje significativo en un contexto asistencial, docente, gerencial y de investigación.

Al Programa de Maestría en Enfermería (PME) por aceptarme en el posgrado y proporcionarme las herramientas necesarias para fortalecer mi desarrollo profesional académico.

A la Coordinación de estudios de Posgrado (CEP) por el asesoramiento y apoyo económico a través del Programa de Apoyo a los Estudios de Posgrado (PAEP), para asistir a las actividades académicas nacionales e internacionales; que enriquecieron la presente investigación.

A mi tutora C. Dra. Graciela González Juárez por la asesoría, sabiduría, tolerancia y apoyo incondicional durante mi trayecto educativo y desarrollo de tesis; para concluir en tiempo y forma nuestra investigación.

A mi cotutora institucional Dra. Luvia Velázquez López, por la asesoría metodológica de dicha investigación y motivación personal en el proceso de mi formación académica.

A los docentes que impartieron; los seminarios en el posgrado de enfermería, por compartir su conocimiento y experiencia académica, con el objetivo de fortalecer mi aprendizaje autónomo.

DEDICATORIAS

A mi madre Ma. Delfina Lucia López Hernández, por el apoyo incondicional, la fortaleza, la tolerancia, la sabiduría y experiencia; para seguir en mi proceso académico, a pesar de las dificultades personales, familiares y educativas. Te agradezco por ser un gran ejemplo de vida, por la formación cimentada en valores que me ayudó a cumplir mis objetivos, gracias por tu amor incondicional.

A mi sobrina Camila Abigail Jiménez López, por su apoyo moral y entusiasmo proporcionado; durante el periodo escolar del Programa de Maestría en Enfermería, además considero que fue mi principal motivación; para elaborar mi tesis con el propósito de ejercer mi proceso de titulación.

A mi hermana Patricia y Claudia Jiménez López por su comprensión, fortaleza y consejos, para no rendirme ante la adversidad y forjar un carácter que me permita finalizar con el posgrado de Enfermería.

A mi compañero Eduardo Velazquez Moreno por su apoyo incondicional, fraternidad, motivación, tolerancia, empatía y tutoría para perfeccionar mi tesis, gracias por compartir tus conocimientos.

A la coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, Dra. Gandhi Ponce Gómez, por su disponibilidad y apoyo incondicional para mi desempeño educativo.

Los líderes se hacen, no nacen. Están hechos por duro esfuerzo, que es el precio que todos nosotros debemos pagar para alcanzar cualquier meta que valga la pena.

(Vince Lombardi)

El éxito es la suma de pequeños esfuerzos, repetidos día tras día.

(Robert Collier)

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	18
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Bases fisiológicas de la Preeclampsia.....	20
2.1.2. Clasificación de la preeclampsia.....	20
2.1.3. Manejo de la preeclampsia	21
2.1.4. Patrones de conocimientos en Enfermería	22
2.1.5. Competencia clínica en enfermería en la Teoría de Benner	27
2.1.6. La competencia clínica: una transición de novato a experto.....	31
2.1.7. Método de intervención del proceso atención enfermería	36
2.1.7.1 Fase de valoración	36
2.1.7.2 Tipos de valoración.....	37
2.1.7.3 Fases de la valoración	38
2.1.8. El desarrollo de la Competencia Clínica en Enfermería y la autoevaluación ..	41
III. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	50
IV. MÉTODOS.....	57
4.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	57
4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	57
4.2.1 Criterios de inclusión.....	57
4.2.2 Criterios de exclusión.....	58
4.2.3 Criterios de eliminación.....	58
4.2.4 Tamaño de la muestra	58
4.3 VARIABLES DE ESTUDIO	59
4.4 HIPÓTESIS.....	59
4.5.1 Para la recolección de datos.....	59
4.5.2 Instrumento de medición.....	61
4.5.3 Consideraciones Éticas	64
V. RESULTADOS.....	66
VI. DISCUSIÓN	85
VII. CONCLUSIONES	90

7.1	Aportaciones a la disciplina y práctica de enfermería	93
7.2	Aportación a la investigación	96
7.3	Aportaciones a la especialidad en enfermería perinatal	97
7.4	Aportaciones a las políticas públicas	98
VIII.	RECOMENDACIONES	100
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
X.	ANEXOS	113

RESUMEN

Introducción: La autoevaluación diagnóstica de enfermería identifica fortalezas y debilidades de la competencia clínica del profesional en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia¹. La competencia debe incluir el núcleo básico declarativo (saber), núcleo procedimental (saber hacer) y núcleo actitudinal (saber ser y convivir). La teoría de Benner² “novato a experto” considera cinco niveles de competencia clínica, para proporcionar una atención oportuna.

Objetivo: Diseñar una intervención educativa orientada en la autoevaluación para analizar los efectos en el desarrollo de la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia en los servicios de Gineco-Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófano en un Hospital de Segundo Nivel de la CDMX.

Metodología: Estudio cuasi-experimental con un solo grupo, realizado del 05 al 08 de febrero de 2019, en el HGZ 1-A “Venados”, con una población (n= 40) enfermeras de los servicios Gineco-Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófano. El postest se efectuó en mayo de 2019. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial.

Resultados: El rango de edad fue de 31-40 años (45%), escolaridad licenciatura con (45%), antigüedad laboral 11-20 años (48%). Se obtuvo un nivel de competencia “experto” en pretest con 45%, sin embargo, en el postest incrementó a 55%. Se efectuó una correlación de competencia de procedimientos invasivos con escolaridad, con una significativa $p= 0.028$.

Conclusión: La intervención educativa orientada en la autoevaluación, muestra cambios significativos en la competencia de procedimientos invasivos y estado hídrico. Sin embargo, en la dimensión de confort, aún existe nivel principiante avanzado, por tal motivo, en un futuro, la investigación tendrá que enfocarse en dicha competencia con la finalidad de incrementar la competencia clínica en la atención de mujeres con preeclampsia y generar un impacto positivo para la disminución de la mortalidad materna.

Palabras clave: competencia clínica, autoevaluación diagnóstica, preeclampsia, enfermería obstétrica y educación.

ABSTRACT

Introduction: The nursing diagnostic self-assessment identifies strengths and weaknesses in the clinical competence of the professional in the evaluation phase in women with preeclampsia.¹ The competence must include the basic declarative nucleus (to know), the procedural nucleus (to knowhow) and the attitudinal nucleus (to know and to live together). Benner's theory² considers five levels of clinical competence, to provide timely care from novel to expert.

Objective: Design an educational intervention focused on self-evaluation to analyze the effects on the development of clinical nursing competence in the assessment phase of women with preeclampsia in the Gyno-Obstetrics services, Surgical Toco Unit, Intensive Care Unit and OR in a Second Level Hospital of the CDMX.

Methodology: quasi-experimental study with a group, during the period of 05 to 08 February 2019, in the HGZ 1-A Venados, with a population (n= 40) nurses of the Gyno-Obstetrics services, Surgical Toco Unit, Intensive Care Unit and OR. The posttest was carried out in May 2019. The statistical analysis was descriptive and inferential.

Results: The age range was 31-40 years (45%), education degree with (45%), and working seniority 11-20 years (48%). A level of competence was obtained¹ expert on pretest with 45%, however in the posttest increase to 55%. A correlation of competence of invasive procedures with schooling was made, with a significant $p= 0.028$.

Conclusion: The educational intervention oriented on self-assessment shows significant changes in the dimension of invasive procedures and water status. However, the competence of comfort, still exists advanced beginner level, therefore, in the future, research will have to focus on this dimension in order to increase clinical competence in the care of women with preeclampsia and generate a positive impact for the reduction of maternal mortality.

Keywords: clinical competence, diagnostic self-assessment, preeclampsia, obstetric nursing and education.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el año 2005 una estimación de 303,000 muertes durante el embarazo, el parto y puerperio en países con bajos recursos económicos³. Por tal motivo la mortalidad materna se considera un problema de salud pública que genera impacto a nivel social, cultural, económico y político.

Se debe agregar que la evidencia muestra que este es un fenómeno multifactorial, no obstante, la OMS menciona los siguientes factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales⁴.

Así, es evidente que la muerte materna requiere la visión multidisciplinaria pero también política de promoción, educación y atención a las mujeres durante y después del embarazo. Ante este fenómeno de múltiples aristas de estudio, una de ellas se relaciona con la propia salud de la mujer durante el embarazo, como el caso de la preeclampsia.

Por lo descrito anteriormente, la preeclampsia es un síndrome multisistémico, en el que existe una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación, se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este⁵. Este padecimiento es de alto riesgo para la madre y el feto y en caso de no recibir atención y cuidado oportuno puede causar la muerte.

Son diversos los factores personales que pueden contribuir para generar preeclampsia en las mujeres gestantes, tales como: trastornos autoinmunes, problemas vasculares, la dieta y la genética. La OMS enfatiza que se debe considerar la existencia de servicios adecuados, para tener equidad en el acceso del servicio de salud, pero donde el factor humano del personal de salud hace de éste un servicio poco adecuado para su atención oportuna.

No se minimiza que, en este factor, también existe una relación directa con la existencia de infraestructura física y humana de las instancias de salud que atienden a las mujeres con preeclampsia. Sin embargo, México se considera un país en desarrollo y se ubica entre los países con alta incidencia de preeclampsia, es decir, 34% del total de las muertes maternas⁶.

La *Preeclampsia Foundation*⁷ (2018) afirma que “aproximadamente 800 mujeres mueren al día debido al embarazo y complicaciones relacionadas con el parto; el 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo”. Este es un indicador de la inequidad del acceso a los servicios de salud y la amplia brecha que existe entre ricos y pobres. Asimismo, las complicaciones más frecuentes, en el 80% de las muertes maternas, se presentan en diferentes momentos del embarazo como es el caso del aborto inseguro y otras posteriores al parto tales como hemorragias e infecciones y durante el embarazo: preeclampsia y eclampsia”.

Por ello, que surge la gestión por la competencia clínica de enfermería con el propósito de responder a los diferentes problemas de salud que presentan las mujeres gestantes y que demandan al profesional de enfermería capacitación continua para atender la preeclampsia y enfrentar los retos progresivos de una sociedad cambiante.

Por tal motivo a partir del 2009 los programas académicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); para hacer frente a las problemáticas de salud que presenta, están diseñados con el modelo de competencias; para formar profesionales de enfermería con sustento en los postulados pedagógicos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y brindar oportunidades al educando en el desarrollo del saber (conocimiento), saber hacer (habilidades) y saber ser y convivir (valores-actitudes)⁸.

Así, la competencia clínica se conceptualiza como un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten alcanzar los resultados en un determinado contexto laboral⁹.

De ahí que, la competencia clínica de enfermería es fundamental en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, ya que a partir de ella se puede brindar un cuidado especializado y oportuno, en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud, para identificar alteraciones hemodinámicas con el propósito de evitar complicaciones.

Así mismo, Patricia Benner acentúa en su filosofía la integración del saber teórico con el objetivo de estructurar un conocimiento; a su vez implementar un saber práctico con la finalidad de adquirir la habilidad en el campo clínico en la atención de mujeres con preeclampsia.

Sin embargo, Benner (1984) adaptó el modelo de Dreyfus de adquisición y desarrollo de habilidades a la práctica clínica de enfermería, el cual divide la competencia clínica según su nivel de experiencia en cinco niveles: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. No obstante, las competencias clínicas desde el modelo de Benner tienen que adaptarse en el ámbito clínico especializado, en la atención a mujeres con preeclampsia¹⁰.

En este estudio se reportan los resultados de una intervención educativa basada en la autoevaluación de la competencia clínica de enfermería con la finalidad de dar voz a los actores para reflexionar sus fortalezas y debilidades en la fase valoración inicial y subsecuente para identificar de manera pertinente las posibles alteraciones hemodinámicas. Por tal motivo el cuidado de enfermería tiene que estar orientado a salvaguardar la vida de la mujer y del recién nacido.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes al término debido a cualquier causa relacionada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales¹¹.

En América Latina y el Caribe, según cifras oficiales publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2015 se registraron 9 500 muertes maternas (RMM: 88,9 por 100 000 nacidos vivos); nueve países muestran cifras de Razón Muerte Materna por encima del promedio regional: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname¹².

Aunque México no está entre los nueve países mencionados, el Observatorio de Mortalidad Materna del país, reportó en 2014 que el 20.8% de las causas de muerte materna se debieron a las enfermedades hipertensivas del embarazo, dentro de las que se encuentra la preeclampsia¹³.

Los datos reportados se concentraron en el grupo de mortalidad materna directa con los siguientes porcentajes por cada 100 000 nacidos vivos: la hemorragia posparto (26,7%), y la preeclampsia-eclampsia (25,9%)¹⁴.

Los datos nacionales referidos varían en la Ciudad de México (antes Distrito Federal), donde específicamente en la delegación Sur del IMSS se reportaron en el año 2013 el 15.5% de muertes maternas por causa de preeclampsia; durante el año 2014 el 26.7% y en 2015 el 22.6%¹⁵.

Específicamente, en el Hospital General de Zona 1-A “Dr. Rodolfo Antonio de Muchas Macías”, durante el periodo 2011- 2015 reportó el censo de mortalidad materna del Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), que de las tres muertes maternas dos eran evitables¹⁶. Según este documento, las muertes reportadas tienen relación con la valoración céfalo-caudal no subsecuente; por parte del equipo interprofesional de salud que atiende a las pacientes con preeclampsia, pese a la

existencia de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, refiere que la atención de la mujer gestante debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

La reflexión que surge va en dos direcciones: la primera vertiente está enfocada en qué medida se cumple la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 por el personal que atiende a las pacientes, ya que al no identificar el cuadro clínico en la fase de valoración puede repercutir en el desarrollo de complicaciones en el embarazo. Por lo tanto, se identifica la necesidad de realizar una valoración subsecuente en estas pacientes para identificar oportunamente la presencia de alteraciones hemodinámicas y/o complicaciones maternas, dicha situación se presenta en un Hospital General de Zona de Segundo Nivel de Atención; en los servicios de Unidad Toco Quirúrgica, Quirófano, Hospitalización Gineco-Obstetricia y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

Sin embargo, la segunda orientación se focaliza en las funciones del equipo interprofesional que atiende a las mujeres con preeclampsia, de acuerdo con su perfil profesional en este caso el ginecólogo es el actor principal de la inducción del trabajo de parto, valora el estado hemodinámico de la paciente y realiza indicaciones médicas pertinentes, remite a terapia intensiva si la paciente lo requiere. En cambio, el profesional de enfermería contribuye en realizar una valoración céfalo-pedial, para identificar las necesidades alteradas, emitiendo un juicio crítico, para elaborar su diagnóstico enfermero, realizar una valoración hemodinámica, valorar la involución uterina y vigilar el sangrado transvaginal de las pacientes con la finalidad de evitar la aparición de complicaciones maternas.

La revisión de bibliografía internacional muestra artículos de investigación que hacen referencia a factores asociados de preeclampsia, asistencia de enfermería a mujeres con preeclampsia y/o eclampsia, manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú, desarrollo y prueba de la preeclampsia prenatal y control de seguimiento de síntomas, monitoreo de preeclampsia severa y tratamiento de eclampsia en países de bajos recursos económicos. Hago referencia que los anteriores antecedentes científicos se enfocan principalmente al manejo terapéutico médico o de corte biomédico y son escasos los que se dirigen a la disciplina de enfermería.

En el contexto nacional se pueden identificar documentos dirigidos al equipo interprofesional para la atención de pacientes con preeclampsia que han sido diagnosticadas clínicamente. Por ejemplo, la Guía de Práctica Clínica intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia y eclampsia de la Secretaria de Salud, permite identificar el proceso del cuidado especializado en pacientes con preeclampsia. No obstante, el personal de enfermería no tiene acceso libre e inmediato en su servicio, de la evidencia científica, dado que el equipo de cómputo tiene contraseña personal y solo puede utilizarlo el jefe de piso; esta problemática repercute para resolver dudas, obstaculiza el incremento de la competencia clínica y evita generar un aprendizaje significativo en la práctica profesional de enfermería en la atención a mujeres con preeclampsia.

Ahora bien, la existencia de la Guía de Práctica Clínica, contribuye a la prevención e identificación oportuna de la preeclampsia, sin embargo, se requiere un paso posterior que se refiere al diseño de instrumentos válidos y confiables para que el personal de enfermería, en su atribución en estos casos, pueda valorar de manera expedita y eficiente las intervenciones en el contexto en que tienen lugar. Con esta perspectiva se puede contribuir a responder al perfil epidemiológico de la población y disminuir el índice de mortalidad materna en esta instancia.

Cabe mencionar que, al revisar la literatura en el contexto nacional durante los cinco últimos años, en las siguientes bases de datos PUBMED, LILACS, CINAHL Y SCIELO, se identificaron que no existen instrumentos validados enfocados en la autoevaluación de enfermería de la competencia clínica; para la fase de valoración en mujeres con preeclampsia, sin embargo, el quehacer de enfermería está centrado en proporcionar una atención oportuna, veraz y eficaz a este tipo de pacientes.

Debido a esta necesidad se pretende realizar una intervención educativa al personal de enfermería para evaluar la competencia clínica a través de la autoevaluación del cuidado de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia; con el propósito de autorregular su actuar profesional que permita reflexionar y analizar las intervenciones independientes y de colaboración que ejecuta con el equipo interprofesional, para mejorar su función asistencial en el ámbito clínico y proporcionar una atención de calidad.

Por lo descrito anteriormente surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la correlación que existe entre la intervención educativa basada en la autoevaluación y el desarrollo de la competencia clínica de enfermería para la fase de valoración de mujeres con preeclampsia del personal de enfermería que proporciona atención en los servicios de Gineco Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófano en un Hospital de Segundo Nivel de la CDMX?

1.2 OBJETIVOS

❖ GENERAL

Diseñar una intervención educativa orientada en la autoevaluación para analizar los efectos en el desarrollo de la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia en el servicio de Gineco-Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófano en un Hospital de Segundo Nivel de la CDMX.

❖ ESPECÍFICOS

- Construir un instrumento de autoevaluación del cuidado de enfermería para la fase de valoración en mujeres con preeclampsia que servirá de referencia en el pretest y postest de la intervención educativa.
- Analizar la correlación que existe entre el desarrollo de la competencia clínica, la metodología de autoevaluación y las variables que caracterizan a la población participante que proporciona atención en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.
- Evaluar el efecto de la intervención educativa del pretest y postest con el propósito de identificar las estadísticas significativas de la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.
- Analizar el desarrollo de la competencia clínica con la metodología de autoevaluación, en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia en los servicios donde proporciona atención especializada.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases fisiológicas de la Preeclampsia

La preeclampsia es un problema de salud pública que repercute en el índice de mortalidad materna; es por ello que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), formuló el Objetivo del Desarrollo del Milenio #5 para optimizar la salud materna y por ende disminuir la muerte materna¹⁷. La preeclampsia es un síndrome multisistémico, en el cual existe una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación, se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este¹⁸.

2.1.2. Clasificación de la preeclampsia

- Sin criterios de severidad. Hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg pero menor de 160/110 mmHg, proteinuria mayor de 300 mg, pero menor de 5 gr. en orina de 24 h.
- Con criterios de severidad: Presión arterial mayor de 160/110 mmHg, proteinuria mayor de 5 gr. en orina de 24 h, evidencia de daño a órganos blanco: cefalea, acufenos, fosfenos, confusión, dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, función hepática alterada, oliguria, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino¹⁹.

Existen diferentes factores que incrementan el riesgo de preeclampsia entre ellos: la primigestación, diabetes mellitus pregestacional, gestación multifetal, pareja masculina con antecedente de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, enfermedad trofoblástica gestacional, antecedente de preeclampsia, obesidad, enfermedad renal, edades maternas extremas, trombofilias, hipertensión crónica, síndrome de ovarios poliquísticos, procesos infecciosos, antecedentes personales maternos de restricción en el crecimiento intrauterino, la etnia, historia familiar de preeclampsia, historia personal de preeclampsia, y presencia de algunas enfermedades crónicas.

Sin embargo, los factores de riesgo maternos pre - concepcionales que se toman en consideración, son: la edad materna, etnia, historia familiar de preeclampsia, historia personal de preeclampsia y presencia de algunas enfermedades crónicas.

Es por ello que los factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso se cataloga la primigravidez, sobredistensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios), embarazo molar, periodo intergenésico corto y control prenatal ausente.

Cabe señalar que se debe incluir en historia clínica obstétrica, los factores de riesgo ambientales: malnutrición por defecto o por exceso: factor ponderal, factor nutricional, bajo nivel socioeconómico, cuidados prenatales deficientes y tabaquismo antes y durante el embarazo²⁰, para emitir un juicio clínico en el diagnóstico diferencial con la interpretación de resultados de laboratorio y gabinete.

2.1.3. Manejo de la preeclampsia

En la gestante se debe realizar una evaluación clínica de la función neurológica, respiratoria y cardiovascular; al mismo tiempo se realizará una evaluación hematológica y bioquímica del número de plaquetas, pruebas de función renal (urea, creatinina y ácido úrico) y pruebas de función hepática (transaminasas y lactato deshidrogenasa)^{21,22}.

Se evaluará el bienestar fetal con el monitoreo fetal electrónico, pruebas no estresantes o estresantes del perfil biofísico y estudio Doppler de las arterias umbilical y uterina, además considerará la valoración del grado de madurez pulmonar fetal²³, se realizará la amniocentesis, que tiene riesgos inherentes.

La mujer embarazada con preeclampsia con signos de severidad requiere hospitalización inmediata para su manejo pertinente, con el propósito terapéutico para tener un control estricto de la hipertensión arterial, además de prevenir la aparición de convulsiones, optimizar el volumen intravascular, mantener una oxigenación arterial correcta, diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones maternas que se puedan presentar.

Por tal motivo en la preeclampsia sin criterios de severidad se presenta hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg pero menor de 160/110mmHg, no existe deterioro hematológico, renal, hepático, pulmonar o neurológico y no existe compromiso fetal. En todo caso, se indica reposo relativo, se vigila signos de alarma, dieta normocalórica, normoproteica y normosódica. No está indicado el uso de antihipertensivos.

Si la gestante tiene 37 semanas de gestación o más, se debe culminar la gestación por vía vaginal o por cesárea. Si la gestante tiene menos de 37 semanas y no hay afectación materna o fetal, se puede tener una conducta expectante, continuando con las medidas generales y una estricta vigilancia materna y fetal. Si a pesar del manejo no se controla la hipertensión arterial o la enfermedad progresa a preeclampsia severa, o existe pródromos de eclampsia o signos de sufrimiento fetal, de disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica, se finalizará la gestación inmediatamente, independiente de la edad gestacional, por cesárea²².

2.1.4. Patrones de conocimientos en Enfermería

En la perspectiva de Natividad Pinto (s.f), al hacer una revisión del origen del conocimiento de enfermería y reconocer que su objeto de estudio es el cuidado, afirma que existen diferentes dimensiones que han de ser reflexionadas por las enfermeras en su práctica. La autora reconoce que, en los principios del desarrollo de la disciplina, prevalecía el conocimiento empírico. De acuerdo con Carper (1978) existen cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y su estructura: empírico, estético, personal y ético. Aunque Callista Roy identifica dos más: el político y el social²⁴.

A partir de lo anterior, se puede decir que existen varias dimensiones del cuidado, que se subsume ante la práctica. Los saberes que el personal de enfermería privilegia resultan de su práctica cotidiana será sin cuestionar los avances de la teoría y de la investigación. Existe un rezago en sus prácticas que Pinto cuestiona a la luz de dotar de significado a la práctica profesional y afirma que la práctica por sí sola no es enfermería. La práctica tendría que ser entendida como una praxis que articula las teorías y que explica cómo el personal de enfermería las utiliza. Así, enfatiza que la práctica y la investigación aportan conocimiento válido a la disciplina y su objeto de estudio. Este conocimiento se debe reflejar en todo lo que hace el personal de enfermería y en su discurso alrededor de los que debe hacer y de las formas en que debe proveer el cuidado.

Una dimensión del cuidado es la práctica enfermera, que se basa en la técnica, la normativa, el contexto, la cultura, el lenguaje, entre otros; ha generalizado sus cuidados y se fundamenta en el saber latente con problemas que impactan el desarrollo de su pensamiento reflexivo, (Collier citado por Pinto, s.f.). Igualmente, reporta la autora que la “historia del saber de enfermería está replanteada en episodios regresivos sin la intencionalidad en sus orientaciones de adquirir capacidad explicativa. A pesar de haber estado en los contextos en donde se desarrollaron las concepciones filosóficas y científicas de su hacer, es más férrea su explicación a las formas de pensamiento precientífico como se muestra en la literatura”²⁵.

Los tipos de conocimiento reconocidos por la autora son: la explicación a partir de imaginarios y creencias; las generalizaciones a partir de la experiencia y las técnicas o normas establecidas para la práctica.

Es común que el personal de enfermería que desarticula la práctica de la teoría y de la investigación generalice, intervenciones de enfermería en el cuidado que provee y que muchas veces por sí sola adolece de actualización, reflexión y pertinencia al generarse puntos ciegos de su práctica para identificar oportunamente las alteraciones hemodinámicas que presentan las mujeres con preeclampsia, en este caso específico.

Por lo tanto, Collier define que “cuidar es un conjunto de actos de la vida que tienen por finalidad mantener la vida de los seres humanos para permitir reproducirse y perpetuar la especie”²⁴.

La disciplina de enfermería ha enfocado su conocimiento en sus principios básicos y técnicas, sin embargo, debe desarrollar un pensamiento precientífico en su práctica clínica, para diferenciar el saber del quehacer de enfermería; cabe señalar que el desarrollo de la profesión de enfermería obliga al enfermero (a) actualizarse en un área determinada para ejecutar el cuidado holístico, especializado y humanizado en un contexto clínico y a su vez se fundamenta su protocolo de actuación.

Es importante que el equipo interprofesional que brinda atención al derechohabiente realiza una valoración adecuada a través de un juicio crítico y reflexivo para contribuir a una homeostasis y evolución temprana del padecimiento presentado. No obstante, se debe contar con un lenguaje unificado, realizar hipótesis para refutar el fenómeno presentado para contribuir y generar nuevas teorías que permitan un avance de la profesión de enfermería en el ámbito laboral.

Por lo antes mencionado el cuidado debe tener un vínculo entre la teoría, práctica y la investigación con el propósito de generar y fortalecer el conocimiento de enfermería fundamentado en la evidencia científica. Dicho conocimiento se debe reflejar en el hacer y el quehacer de enfermería.

La práctica clínica juega un papel importante para generar un aprendizaje reflexivo del cuidado de enfermería para generar autonomía, credibilidad y calidad de la atención. Para ello se requiere proporcionar un cuidado individualizado y especializado, donde se fundamenta las intervenciones de enfermería en la fase de valoración de las mujeres con preeclampsia y a su vez es importante hacer uso de la tecnología del equipo biomédico; para brindar una atención oportuna y eficaz.

Por lo tanto, el cuidado requiere estar fundamentado en teorías de enfermería para el quehacer de la intervención independiente e interdependiente; dentro de su práctica clínica. Según la Doctora Afaf Meleis en el año 2000²⁴, refiere que el cuidado debe tener una influencia en las políticas públicas; por lo cual se requiere un trabajo del equipo interprofesional, valoración de las ideas teóricas, actualización académica continua y el desarrollo de un pensamiento teórico, para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas en las condiciones que se encuentren.

No obstante, el desarrollo del conocimiento que sustenta la práctica clínica se enfoca en el conocimiento personal, donde la enfermera se identifica con su profesión, existe autenticidad en el cuidado que proporciona a sus pacientes y reconoce a través del método de “reflexión” su quehacer profesional, por lo antes descrito Chinn y Kramer²⁶, plantean un conocimiento personal el cual debe de cuestionarse mediante dos preguntas ¿Sé lo que hago? ¿Hago lo que sé? Con la finalidad de brindar un cuidado de enfermería holístico basado en la evidencia científica.

La calidad de la práctica no se puede concebir sin la relación con la filosofía y la metodología utilizada para el desarrollo del conocimiento de la disciplina; Martha Rogers sugiere en su teoría que la práctica es la expresión de la forma como utilizamos el conocimiento de enfermería. Es por ello que las enfermeras expresan su conocimiento a través de su práctica profesional y si no pensamos en términos reales del conocimiento; se llega a la repetición y el estancamiento. Dicho juicio se debe extender en la investigación, herramienta sin la cual nuestro desarrollo disciplinar no tendría sentido y la práctica se convertiría en el manejo arcaico de actividades.

Las definiciones de las categorías conceptuales consideradas en la investigación son:

1.- Autoevaluación: Proceso de reflexión sobre la práctica, realizado de forma sistemática y transparente con el fin de mejorar el aprendizaje organizativo, profesional y del alumno²⁷.

A partir de lo expuesto, la presente investigación conceptualiza la autoevaluación como el proceso de reflexión de las enfermeras que atiende a mujeres durante la fase de valoración y que sean capaces de identificar fortalezas y debilidades en la atención de pacientes críticos durante el embarazo. Implica la toma de decisiones para la mejora de la paciente y la identificación oportuna de signos de severidad en la preeclampsia que ponga en riesgo la salud física de la mujer y el feto en las cinco dimensiones siguientes: signos vitales, estado de conciencia, estado de confort, procedimientos invasivos y estado hídrico.

2.- Competencia: Conjunto de capacidades, comportamientos, conocimientos, habilidades y actitudes que permiten el desempeño de una ocupación; para alcanzar los resultados pretendidos en un determinado contexto laboral²⁸.

La noción de competencia ha sido revisada en la literatura de manera controversial. En algunos casos como concepto articulado al positivismo y otras en el marco constructivista. No obstante, la competencia clínica es un constructo adicional que se ha desarrollado en el ámbito teórico y metodológico en las instancias de salud que cuentan con escuelas.

En este sentido, se toma como referencia el plan de estudios y la competencia que contiene diferentes dimensiones del aprendizaje: conocimiento, habilidad, actitud y valor del desempeño profesional de enfermería para la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, buscando proporcionar atención especializada, humanística, holística basada en principios éticos²⁹.

Por tal motivo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde el año 2009 incluye programas académicos enfocados en el modelo de competencias; con el objetivo de formar profesionales de enfermería conforme a los postulados pedagógicos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), donde desarrolle el saber (conocimiento), saber hacer (habilidades) y saber ser y convivir (valores-actitudes).

3.- Fase de valoración: Consiste en obtener datos objetivos y subjetivos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación, la entrevista (fuente primaria y secundaria) y el examen físico cefalopedial basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado hemodinámico de la persona, además se debe de considerar la historia clínica, laboratorios y pruebas diagnósticas³⁰.

Sin embargo, es importante utilizar la metodología del proceso enfermero enfocado específicamente en la fase de valoración focalizada y subsecuente con el propósito de identificar alteraciones hemodinámicas en mujeres con preeclampsia y proporcionar intervenciones independientes e interdependientes con la finalidad de preservar una homeostasis fisiológica del binomio madre-hijo.

4.- Preeclampsia: Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y la activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este³¹.

Cabe señalar que en nuestra investigación se define la preeclampsia como un conjunto de signos y síntomas de los sistemas, donde se genera una disminución de la perfusión sanguínea por causa del estrechamiento de un vaso sanguíneo que provoca contracción excesiva de la pared venosa y por ello se activa el sistema de coagulación: se presenta después de la semana 20 de gestación, parto o puerperio.

2.1.5. Competencia clínica de enfermería en la Teoría de Benner

La competencia se conceptualiza como las funciones, tareas y roles de un profesional para desarrollar apropiadamente su puesto de trabajo; esta suficiencia es el resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación³². En tal sentido, el dominio de estos saberes le hacen “capaz de” actuar con eficacia en situaciones de emergencias obstétricas profesionales, como en el caso específico de la preeclampsia.

Desde esta perspectiva, no sería diferenciable de capacidad y se erigiría el proceso de capacitación clave para el logro de las competencias. Pero una cosa es *ser capaz* y otra muy diferente es *ser competente*, pues poseen distintas implicaciones idiomáticas. Por tanto, en el ámbito clínico, las competencias se refieren a resolver problemas de salud en el contexto hospitalario, además de la atención de problemas clínicos relevantes que incluyen diversas dimensiones relacionales y sociopolíticas que requieren de la intervención del equipo interprofesional (enfermería, medicina, trabajo social, entre otros).

La noción de competencia clínica en enfermería ha sido planteada desde la perspectiva de Benner como una propuesta de corte filosófico emergente, dinámica y holística que sostiene que la filosofía, la práctica, la investigación y la teoría son interdependientes, están interrelacionadas y son hermenéuticas.

Con esta propuesta, la autora busca diferencias entre la práctica y el conocimiento teórico mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y la exploración del conocimiento práctico perfeccionado a través de la experiencia clínica de esta disciplina; a partir de ello, propone una tipología de la competencia clínica genérica³³.

De acuerdo con la filosofía de Benner, la disciplina de enfermería está dominada por la técnica, por lo cual tiene un vínculo con la competencia participativa; donde interviene la organización de su categoría y contexto clínico; por ende la enfermera es capaz de planificar, organizar, dirigir y evaluar la atención holística, personalizada y humanística que proporciona a la mujer embarazada con preeclampsia. Es decir, el conocimiento se almacena con el tiempo en una disciplina práctica y se desarrolla mediante el aprendizaje experimentado, el razonamiento clínico y la reflexión dirigidos en la práctica clínica en situaciones específicas.

En este sentido, se comprende que la visión de Benner es fenomenológica y no cognitiva. Por lo que afirma que: “El juicio clínico y las prácticas de cuidado depende de las habilidades del profesional de enfermería y demandan una atención específica en cada persona por consiguiente se debe de reflexionar en los cambios y resultados de la homeostasis de la paciente”³⁴.

Cuando el profesional de enfermería desempeña el cuidado, la competencia refleja conocimiento y juicio crítico; además de una gama de capacidades cognitivas, técnicas y/o psicomotoras e interpersonales; atributos y actitudes personales; estas capacidades de competencia son aquellas habilidades con las que día a día vive el gremio de enfermería en instituciones de salud, en la comunidad y en todo el mundo. Por lo que las competencias profesionales de enfermería representan un componente central para la gestión del cuidado en la práctica clínica y a su vez permite disminuir las inequidades, el acceso limitado a los servicios de salud y favorecer una atención segura y de calidad.

Por tal motivo es imprescindible evaluar las competencias clínicas de enfermería en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia para determinar el saber (técnico), el saber hacer (metodológico) y el saber ser y convivir (participativo); dentro del rol profesional, en el manejo de preeclampsia para evitar complicaciones maternas que puedan inducir a una muerte materno fetal^{35,36}.

Cabe señalar que los procesos formativos y el desarrollo de recursos humanos competentes, con habilidades para enfrentar nuevos retos de la profesión, influyen en la atención que se brinda a la sociedad, proporcionando seguridad y calidad a la población en los servicios de salud. Por lo tanto, la integración de conocimientos, habilidades, actitudes, y motivaciones conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos; también responde a las funciones y tareas de un profesional para desarrollarse idóneamente en su puesto de trabajo y es el resultado de un proceso relacionado con la experiencia, capacitación y calificación³⁷.

En tal sentido, en una visión y organización sistemática, las competencias han sido incluso capaces de expresarse como un sistema de certificación legalmente establecido en varios países del mundo ya que, desde el enfoque constructivista, los conocimientos, habilidades y actitudes que desarrolla el personal de enfermería durante su ejercicio profesional resultan ser favorables para la sociedad en cuanto a seguridad y calidad.

Aunado a esto, la competencia clínica en enfermería es fundamental para la gestión del cuidado en las pacientes con preeclampsia. No obstante, la noción de competencia en la literatura ha sido ampliamente cuestionada en el ámbito de la investigación educativa por su conexión con miradas eficientistas y reduccionistas relacionadas con la empresa y la industria.

Una breve síntesis de la noción de competencia es necesaria para luego complementarla con la perspectiva clínica. La competencia se conceptualiza como las funciones, tareas y roles de un profesional para desarrollar apropiadamente su puesto de trabajo; esta suficiencia es el resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación³⁸.

La competencia clínica tiene dos enfoques: en primera instancia un enfoque anglosajón el cual se centra en los contenidos del puesto de trabajo, así como en su relación con la estrategia global de la institución. Algunos de los autores más representativos son R.E. Boyatzis, D. Goleman, G. Hamel y C. K. Prahalad³⁹. La segunda inclinación es el enfoque francés donde considera las competencias como una composición sólida de conocimientos, aptitudes, rasgos personales y experiencias laborales. La autora más representativa de esta corriente es Claude Lévy-Leboyer⁴⁰.

Sin embargo, es indispensable especificar las características de las competencias profesionales, las cuales integran un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, ordenados e integrados en el sentido que el individuo ha de «saber hacer» y «saber estar» para el ejercicio profesional.

Cabe señalar que el dominio de estos saberes le hacen «capaz de» actuar con eficacia en situaciones de emergencias obstétricas profesionales como en el caso específico de la preeclampsia. Desde esta perspectiva, no sería diferenciable de capacidad y se erigiría el proceso de «capacitación» clave para el logro de las competencias. Pero una cosa es «ser capaz» y otra muy diferente es «ser competente», poseen distintas implicaciones idiomáticas.

Por consiguiente, las competencias implican un proceso de aprendizaje y movilización misma de los recursos personales con el propósito de llegar a ser competente. En consecuencia, la competencia es un proceso práctico de acción constante para saber (conocimiento), saber hacer (habilidad), saber estar y saber ser (actitud) ³⁸.

Sin embargo, las competencias pueden ser adquiridas en el quehacer cotidiano, lo que constituye, por tanto, un factor capital de flexibilidad y de adaptación a la evolución de las tareas y complejidad de la salud de la persona en un contexto determinado.

Es necesario recalcar que, en el ámbito clínico las competencias se enfocan a resolver problemas clínicos relevantes que incluyen diversas dimensiones relacionales y sociopolíticas que requieren de la intervención del equipo interprofesional (enfermería, medicina, laboratorio, trabajo social, etc.)

2.1.6. La competencia clínica: una transición de novato a experto

La filosofía de Benner considera que el cuidado de enfermería tiene relación con la experiencia vivida en función a la salud, enfermedad y las relaciones con el entorno a su vez describe la práctica clínica desde un enfoque fenomenológico interpretativo. En esta perspectiva, la formación académica requiere integrar conocimientos y experiencias de aprendizaje que propicien la adquisición de saberes, habilidades, y actitudes que desarrollen las competencias de enfermería necesarias para una atención oportuna en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia⁴¹.

Con base en lo anterior, Benner realiza investigación sobre la práctica de enfermería clínica, utilizando el "modelo de adquisición desarrollo de habilidades y competencias" de los hermanos Dreyfus, según el cual el estudiante inicia como aprendiz y va adquiriendo progresivamente experiencia y habilidades para afrontar situaciones complejas, hasta convertirse en experto.

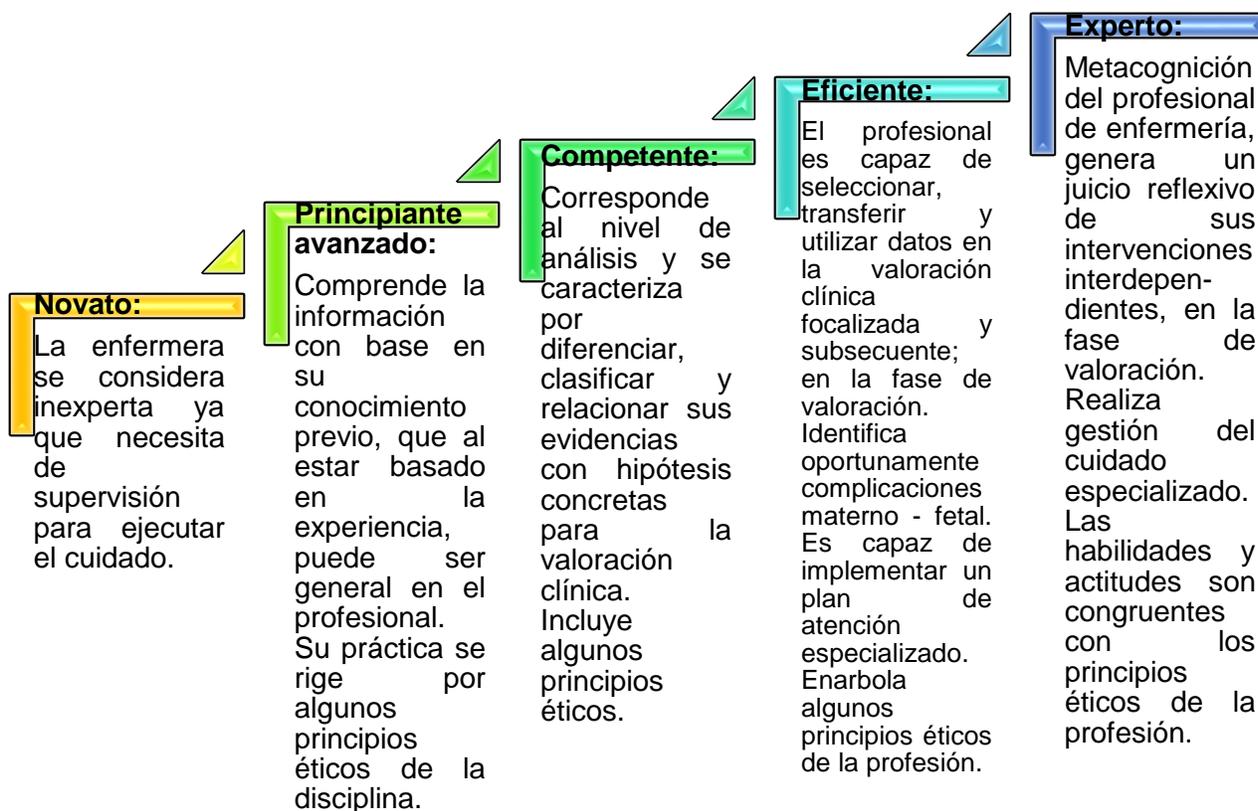
Dicho modelo se desarrolló, estudiando a jugadores de ajedrez, pilotos de la fuerza aérea y conductores de tanques de la armada (1977-1982) con la finalidad de identificar el desarrollo de habilidades y competencia⁴². Por tal motivo Benner aplica este modelo a la realidad de enfermería en su práctica clínica bajo la supervisión de sus creadores.

Cabe señalar que, el profesional de enfermería que cuenta con una especialidad, desempeña un cuidado holístico en un área en particular con el objetivo de desarrollar autonomía, juicio clínico, liderazgo y toma de decisiones ante un problema biológico que presenta la persona en un momento determinado. Sin embargo, las enfermeras generales tienen un conocimiento teórico que se basa en el tecnicismo para su desempeño en servicios donde se proporciona atención con la diferencia que no fundamentan su ejercicio profesional.

Por tal motivo Benner, estipula que a medida que el profesional adquiere conocimiento clínico, habilidad en sus intervenciones independientes e interdependientes e integra los valores y ética profesional en la atención de las pacientes con preeclampsia, proporciona un cuidado especializado con la finalidad de identificar oportunamente los criterios de severidad de preeclampsia, alteraciones hemodinámicas y complicaciones oportunamente para evitar una muerte materna y/o fetal.

En este sentido la teoría de novato a experto que realizó Benner tomando en cuenta el modelo de los hermanos Dreyfus, permitió clasificar el aprendizaje práctico en cinco niveles de competencia: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto⁴³.

Nivel de Competencia Clínica de Enfermería según Benner



Fuente: Teoría de Patricia Benner⁴³.

Es por ello que al establecer los niveles de adquisición de habilidades y competencias, permite ubicar a los profesionales de enfermería; dentro de su propio contexto de aprendizaje e identificar sus fortalezas y debilidades, a través de la autoevaluación de su práctica clínica con el propósito de mejorar la competencia clínica de enfermería, para fomentar la toma de decisiones, la creación de estrategias, y la capacidad de resolver problemas de forma independiente en su rol asistencial; acorde al nivel de competencia para proporcionar atención en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

La noción de competencia clínica en enfermería ha sido planteada desde la perspectiva de P. Benner (1982), como una propuesta de corte filosófico emergente dinámica y holística que sostiene que la filosofía, la práctica, la investigación y la teoría son interdependientes, están interrelacionadas y son hermenéuticas.

Con esta propuesta, la autora, busca diferenciar la práctica y el conocimiento teórico mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico perfeccionado, a través de la experiencia clínica de esta disciplina y a partir de ello propone una tipología de la competencia clínica genérica.

Por lo tanto, la enfermería debe fomentar un saber práctico para adquirir habilidades que pueden desafiar al saber teórico. Por lo que en la práctica clínica las enfermeras refuerzan sus conocimientos. De manera que, la enfermera debe tomar decisiones clínicas a partir de una situación específica, para implementar sus intervenciones independientes en las pacientes y evaluar si dichas actividades son útiles para proporcionar una atención oportuna y eficaz.

Conviene subrayar que la filosofía de Benner considera la enfermería una paradoja cultural dominada por la técnica, por lo cual tiene un vínculo con la competencia participativa, donde interviene la organización de su puesto de trabajo y su entorno; es capaz de organizar, decidir, evaluar y ejercer un liderazgo.

Es decir, el conocimiento se almacena con el tiempo en una disciplina práctica y se desarrolla mediante el aprendizaje experimentado, el razonamiento clínico y la reflexión dirigidos en la práctica en situaciones específicas.

Así mismo la competencia tiene un enfoque genérico el cual prioriza los procesos subyacentes (conocimiento y capacidad de pensamiento crítico) y fundamenta sus bases en las tipologías más específicas. Por consiguiente, la característica general del pensamiento crítico puede ser aplicada en muchas situaciones.

En este modelo, las competencias son conceptualizadas como características generales, ignorando el contexto en el que ellas se aplican o se ponen en juego. La enfermería se va especializando dentro del propio ámbito clínico y en el caso que nos ocupa en el contexto ginecológico y obstétrico, se hace necesario visibilizar los retos para fortalecer la competencia clínica; desde la mirada de la evaluación de la propia enfermera o enfermero en su práctica especializada cotidiana.

Por otro lado, Benner señaló una diferencia teórica entre la práctica y el conocimiento teórico la cual se desarrolla a través de la experiencia clínica en la práctica de la disciplina de enfermería⁹.

Por consiguiente, reflexiona que las enfermeras han argumentado sus conocimientos y observaciones clínicas en forma deficiente por lo cual, hacen que las teorías de enfermería carezcan de la particularidad y de conocimiento en la práctica clínica experta⁹.

Asimismo, Benner hace la diferencia entre el «saber práctico», donde se puede eludir formulaciones abstractas y precisas sin embargo el «saber teórico» permite asimilar un conocimiento y establecer las causas entre diferentes sucesos en un momento determinado para fundamentar una metodología.

Dentro de esta perspectiva, se aborda la responsabilidad de la enfermera para actuar de un modo específico en situaciones clínicas en función de la respuesta hemodinámica, que presentan las mujeres con preeclampsia, para valorar el dominio y la previsión con la finalidad de comprender la decisión clínica que se aborda; cuando se presenta una complicación hemodinámica.

En este sentido, se comprende que la visión de Benner era fenomenológica y no cognitiva ya que afirma que: «El juicio clínico y las prácticas de cuidado, dependen de las habilidades del profesional de enfermería y demandan una atención específica en cada persona, por ello se debe de reflexionar en los cambios y resultados de la homeostasis del paciente»⁹.

Por otra parte, según el Center for Medical Simulation (Cambridge, Massachussets), define la simulación clínica como un escenario real; para permitir que las personas experimenten la representación de un acontecimiento actual con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas⁴⁴.

Además, el manejo apropiado de la emergencia obstétrica en un ámbito real es difícil de evaluar ya que durante una situación crítica no hay tiempo para reflexionar sobre las acciones que se ejecutan en un protocolo para proporcionar una atención oportuna y eficaz a las mujeres con preeclampsia.

Por tal motivo, la forma de practicar en una emergencia; sin poner en peligro la vida de la paciente, es realizarlo mediante una simulación clínica específica, con el propósito de capacitar a las enfermeras en esta área y evaluar sus conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el correcto desempeño profesional⁴⁵.

En efecto, dicha técnica pretende ampliar, sustituir las experiencias reales, por experiencias dirigidas que reproduzcan los aspectos sustanciales, importantes y trascendentes de una situación real, que puede ser cotidiana o poco frecuente en el ámbito clínico de las emergencias obstétricas que se presentan en un hospital de segundo nivel.

2.1.7. Método de intervención del proceso atención enfermería

2.1.7.1 Fase de valoración

La metodología del proceso enfermero se define como un modelo sistemático que permite obtener información de las respuestas humanas alteradas, analizar y elaborar un diagnóstico de tipo real, de riesgo y bienestar, además permite realizar la planeación de los objetivos para implementar las intervenciones independientes e interdependientes, para solucionar las necesidades identificadas y evaluar los resultados obtenidos de la ejecución⁴⁴.

Por consiguiente, la fase de valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta.

Es por ello que el profesional de enfermería debe determinar, acertadamente, la situación de salud de la persona con la finalidad de validar, integrar y organizar los datos obtenidos en la historia clínica⁴⁶.

2.1.7.2 Tipos de valoración

- Valoración inicial: se evalúa el primer contacto de la enfermera con el paciente para identificar problemas a través de la obtención de los datos, que será la base para conocer el estado de salud del paciente y poder iniciar un plan de cuidados.
- Valoración focalizada: identifica el problema que ha generado una inestabilidad hemodinámica de la persona y forma parte de un proceso continuo integrado en el proceso enfermero; el propósito es determinar el estado de un problema fisiológico identificado en la valoración inicial.
- Valoración urgente: se realiza durante un deterioro homeostático del paciente con el propósito de identificar problemas que amenazan la vida de la persona, con el propósito de proporcionar una atención oportuna y de calidad.
- Valoración y reevaluación: se ejecuta en un tiempo determinado de la valoración inicial para comparar el estado actual del paciente con los datos obtenidos a su ingreso hospitalario⁴⁴.

2.1.7.3 Fases de la valoración

Según R. Alfaro-LeFevre existen seis fases de la valoración: Recogida de datos, identificación de claves y elaboración de inferencias, validación de los datos, agrupación de los datos relacionados, identificación de patrones y notificación de registros; las cuales se explicaran a continuación⁴⁷.

En primera instancia la obtención de datos; permite adquirir la información del estado de salud del paciente, la familia o la comunidad. Es importante tomar en cuenta la recogida de los datos, se debe realizar en todas las fases del proceso enfermero; y comienza con el primer contacto con el paciente, hasta la resolución de su problema por recuperación, mejoría o muerte. Además, debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos importantes y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

❖ Tipos de datos

Es posible encontrar diferentes clasificaciones dependiendo del tipo, del momento y de la estabilidad en el tiempo del dato.

- Dependiendo del tipo de dato:

Los datos subjetivos o síntomas: sólo puede describirlos y comprobarlos la persona afectada. Incluye las sensaciones, sentimientos, actitudes, creencias, valores y percepción que el paciente tiene de su estado de salud.

Por otro lado, los datos objetivos; se pueden medir por parámetros ya establecidos, para su validación. Se obtienen a través de la valoración cefalopedial.

- Dependiendo del momento del dato:

Se clasifican en datos históricos; donde se consideran antecedentes médicos, quirúrgicos, obstétricos, etc., que tienen relación con la salud del paciente.

Por otro lado, los datos actuales identifican hechos que ocurren en la paciente en un contexto específico.

- Dependiendo de la estabilidad en el tiempo del dato:

Se identifican datos de tipo variables donde la información que se obtiene de la paciente puede presentar cambios durante el transcurso del manejo establecido. Todavía cabe señalar que en la fase de valoración los datos constantes se refieren a la información que no presenta cambios durante el tratamiento oportuno.

❖ **Tipos de fuentes**

Los datos que se obtienen en la etapa de valoración pueden proceder de fuente directa o primaria, la cual está enfocada en los datos que se obtienen del paciente de forma verbal o mediante la valoración hemodinámica. Mientras que la fuente indirecta o secundaria se obtiene de la historia clínica del paciente, interrogatorio del familiar, y juicio de otros profesionales sanitarios.

❖ **Métodos de obtención de los datos**

Los principales métodos utilizados para obtener datos son la observación, la entrevista y la exploración física⁴⁸.

La palabra observación viene del latín *observatio*, y se define como una actividad realizada por el ser humano, que detecta y asimila los rasgos de un elemento, utilizando los sentidos como instrumentos principales. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas.

Se debe señalar que el segundo método para obtener los datos es la entrevista, con el propósito de identificar problemas hemodinámicos, emitir un juicio clínico para establecer un diagnóstico enfermero. Así mismo se considera una herramienta para establecer un ambiente de confianza y apoyo, en el que el paciente emite datos relevantes en la etapa de valoración.

Se debe agregar que la exploración física es un método donde se capturan datos relevantes para identificar problemas de salud, donde la enfermera puede aplicar un sistema céfalo-caudal y por sistemas corporales. Debe incluir: Inspección, auscultación, palpación y percusión.

Por otra parte, el segundo criterio que se considera durante la fase de valoración es la validación de datos donde la información recabada debe ser completa, objetiva y precisa para comprobar los datos; ya que los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información⁴⁹.

Es por ello que se debe garantizar que la información este completa y evitar cometer errores en la identificación de los problemas, obtener información adicional del paciente, omitir información pertinente, comprobar la congruencia de los datos objetivos y subjetivos, evitar conclusiones precipitadas y diferenciar entre un dato y una inferencia.

Sin embargo, en tercera instancia se debe considerar la organización de los datos para su agrupación; mediante los instrumentos de recolección con el objetivo de identificar patrones de salud o enfermedad. Conviene subrayar que los modelos teóricos de enfermería proponen diferentes formas para poder organizar los datos previamente recogidos y validados. Es por ello utilizar modelos de valoración, para facilitar el posterior análisis.

Según Alfaro-Lefevre⁴⁴ hay tres factores principales que influyen en cómo son diseñados estos instrumentos y en el tipo de información que se requiere:

1) Las necesidades y problemas más comunes en esa unidad específica. 2) Estándares de cuidados para la valoración, como los definen las agencias o asociaciones profesionales (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations). En general, el instrumento debe: Constituir un sistema de valoración global y fiable que esté estandarizado y sea reproducible. Recoger un conjunto de datos mínimos de manera estandarizada. 3) El marco de referencia enfermero adoptado en el centro.

En la actualidad los modelos de valoración de enfermería más difundidos son los patrones funcionales de Salud de Marjory Gordon, el modelo de las necesidades humanas fundamentales de Virginia Henderson y la pirámide de jerarquización de necesidades de Abraham Maslow⁵⁰.

Por lo que se refiere a la última fase de valoración se enfoca en el registro y transmisión de la información para generar una comunicación efectiva del equipo multidisciplinario que proporciona atención, en este caso es importante priorizar los cuidados que se proporcionan a la paciente con la finalidad de mantener un equilibrio hemodinámico en las mujeres con preeclampsia durante su estancia hospitalaria.

2.1.8. El desarrollo de la Competencia Clínica en Enfermería y la autoevaluación

La formación del profesional de enfermería en el ámbito de su práctica clínica debe ser continua y en directriz de la complejidad del estado de salud de las mujeres con preeclampsia. El (la) profesional debe ser competente para proporcionar un cuidado especializado y reflexionar sobre su praxis mediante la autoevaluación de sus intervenciones de enfermería con el propósito de identificar sus debilidades y fortalezas para mejorar la atención que brinda, en este proyecto a las mujeres con preeclampsia.

En primera instancia, para definir la autoevaluación se deben diversificar dos razones teóricas que la encierran. Dentro de la incipiente se concibe la autoevaluación como un proceso instruccional que el profesor utiliza como recurso pedagógico⁵¹. En tal sentido, la segunda inclinación considera la autoevaluación basada en las teorías sobre autorregulación: conceptualizada como el control que el sujeto realiza sobre sus pensamientos, acciones, emociones y motivación a través de estrategias personales para alcanzar los objetivos que ha establecido⁵². Por su parte, la autoevaluación es entendida como un proceso que el alumno realiza para autorregular su aprendizaje.

Sin embargo, en la práctica clínica la autoevaluación crea un equilibrio de confianza en los enfermeros que proporcionan un cuidado holístico, humanizado y con visión ética a las personas con preeclampsia, además experimentan seguridad, independencia y colaboración con el equipo multidisciplinario. Por otra parte, al construir los objetivos de aprendizaje, se pretende crear un equilibrio para priorizar las respuestas humanas alteradas encontradas; durante la estancia hospitalaria de las pacientes y reflexionar sobre las intervenciones que el (la) enfermero (a) proporcionan en un momento determinado, con el propósito de generar un equilibrio de satisfacción e incentivo sin caer en la autocomplacencia, pues es la evolución de la paciente el indicador principal de la calidad del cuidado brindado.

Se debe agregar que la autoevaluación se debe difundir de manera efectiva en tres formas: sumativa, predictiva y concurrente. Para hablar de la autoevaluación de manera sumativa, el profesional analiza su desempeño específico y general para evaluar la calidad del cuidado de enfermería. Es decir, el o la enfermera podría preguntarse qué tan bueno fue su desempeño en relación con lo que pudo haber hecho; en colaboración con el equipo de salud. Con esta pregunta identifica lo que han realizado como fortaleza, pero también las áreas potenciales de atención para mejorarlas.

Cabe señalar que cuando la autoevaluación se utiliza de forma predictiva. El profesional está obligado a evaluar su capacidad para gestionar situaciones y desafíos específicos. Esta orientación lleva a preguntas como: ¿Estoy preparado para este desafío? ¿Debo comenzar esta tarea ahora, solo, de esta manera? ¿Cuáles son los objetivos realistas para lograr en este contexto (qué consideraría un resultado bueno o aceptable para mí)? ¿Cuánto mejor podría imaginarme desempeñándome con alguna preparación adicional y el aumento de la preparación vale el aumento previsto en el rendimiento? ¿Qué recursos adicionales debo reclutar (internamente o desde el exterior) para complementar mis fortalezas y apuntalar mis debilidades?

Es decir, el o la profesional de enfermería desarrolla en su pensamiento una dimensión ética para reflexionar las potenciales competencias que ha desarrollado y lo que le demanda su ámbito clínico. Así, la autoevaluación juega un papel vital en su modo concurrente de funcionamiento. En este sentido actúa como un proceso de monitoreo continuo durante el desempeño de una tarea que promueve que las personas se autorregulen y sean capaces de realizar auto monitoreo de su práctica en forma regular.

Sin embargo, cuando la autoevaluación se dirige en su modo concurrente conlleva a realizar preguntas como: ¿Está saliendo como esperaba la atención que brindó en la fase de valoración? ¿Identificó los signos de severidad de la paciente? ¿Se están presentando complicaciones? ¿Puedo priorizar las intervenciones de enfermería de acuerdo con la complejidad fisiológica? ¿Me siento capaz para iniciar el trabajo clínico en equipo? ¿A partir de la experiencia? ¿Puedo identificar en qué áreas requiero formación y/o capacitación? ¿Me siento competente de evaluar las funciones específicas que proporciono a la mujer con preeclampsia? ¿Soy capaz de ajustar el plan de cuidados en caso de que la paciente o el binomio no muestran evolución favorable?

La metodología de la pregunta, ha mostrado ser eficiente para potenciar la reflexión que subyace a la autoevaluación y es pertinente para este trabajo porque enfatiza dos rutas importantes de pensamiento: la primera, que no hay un cuidado estandarizado para este tipo de pacientes pero, sí un conocimiento científico basado en la evidencia que nos orienta en la práctica clínica y segundo, que se potencia la reflexión que promueve el pensamiento crítico y la toma de decisiones en un escenario donde la incertidumbre es parte de la competencia que se desarrolla gradualmente.

Conviene subrayar que tanto la identificación de fortalezas como de las debilidades contribuye al profesional para autorregularse. Iniciar una autoevaluación efectiva implica constituir perspectivas objetivas de uno mismo, desarrollo de la autoestima y de la autoeficacia. Es decir, la seguridad del autoconocimiento que da certeza del actuar efectivo en una situación compleja que demanda trabajo interdisciplinario.

Es común que en el ámbito de la educación en general, el ensayo - error sea una forma de intervenir en la docencia y en los procesos de enseñanza aprendizaje. No obstante, en la intervención clínica, han de identificarse estrategias para evitarlo en la medida de lo posible ya que, la vida humana implica que el cuidado sea especializado, ético, eficiente con un profundo sentido humanista enarbolado por los principios de la vida y la salud en las pacientes con preeclampsia.

Además, si el personal de enfermería identifica sus fortalezas en la práctica diaria, adquiere confianza para implementar un plan de acción apropiado para el manejo de la preeclampsia. Permite, asegurar el establecimiento de objetivos de aprendizaje desafiantes para actualizarse en un campo especializado en su desarrollo profesional, para alcanzar sus metas y satisfacción de un trabajo bien hecho con las implicaciones del ser, hacer y deber ser que rigen la práctica ética de enfermería.

Según Airasian y Gullickson (1998) es importante desarrollar en la práctica clínica de enfermería una propuesta de autoevaluación que permita auto dirigirse en su desempeño profesional vinculado con el estado de salud de las pacientes con preeclampsia, para evaluar la atención que proporciona enfermería. En este contexto, la motivación, la actualización y la formación han de ser permanentes para contar con el talento humano idóneo pero también con el abastecimiento de material necesario que contribuya en la calidad de la atención⁵³.

Es indispensable atender las percepciones que tiene el personal de enfermería sobre sus funciones independientes e interdependientes a desempeñar en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia y que moviliza de manera cotidiana. Mejorar su nivel de competencia en el escenario clínico ante una emergencia obstétrica de preeclampsia, contribuye a mejorar la atención que se brinda y actuar de forma exitosa en una situación específica que ponga en peligro la vida del binomio madre-hijo y con ello contribuir a proporcionar una atención eficaz con el equipo interprofesional.

Parafraseando a Herrera (2013), la autorregulación es el proceso donde una persona utiliza estrategias metacognitivas con el objetivo de controlar su juicio crítico de su aprendizaje mediante la planeación en la cual identifica las metas de aprendizaje, pronóstico de resultados y programación de estrategias⁵⁴.

La autoevaluación es un ejercicio que implica reconocer en la persona que brinda el cuidado enfermero, que tiene conocimientos específicos del área, habilidades procedimentales, para una atención en la fase de valoración e identificar las complicaciones potenciales, estrategias de aprendizaje colaborativo situado y la forma de conducirse para la atención especializada en mujeres con preeclampsia.

Al mismo tiempo en la autorregulación se deben considerar aspectos básicos para su ejecución en el ámbito profesional por lo cual es importante señalar las siguientes variables: cognición (conocimiento sobre sus estrategias de aprendizaje y la forma de ejecución eficaz según la prioridad de las intervenciones).

Es por ello que la persona, determina sus objetivos, toma conciencia de lo que sabe y de lo que desconoce, identifica lo que le falta por comprender, establece juicios y autoevaluación de su desempeño.

De igual modo en la autorregulación del aprendizaje se debe considerar la variable motivación para identificar la actitud y disposición que tiene la persona para realizar una tarea, tiene relación con la percepción de autoeficacia, es decir sus creencias acerca de sus capacidades para aprender o ejecutar una tarea; relevancia del aprendizaje y el interés que tiene sobre el contenido temático.

Además, debe analizar cómo puede aumentar o mantener su motivación para realizar sus intervenciones. La autorregulación la cual se define como un proceso activo en el cual los sujetos establecen los objetivos que guían su aprendizaje, monitorizando, regulando y controlando sus cogniciones, motivación y comportamiento con la intención de alcanzarlos⁵⁵.

Hay que mencionar, además que la investigación de este tópico se estableció alrededor de variables motivacionales como es el caso de establecimiento de objetivos, los efectos causales, la autoeficacia y la volición con el propósito de lograr una razón de los procesos implicados en el aprendizaje^{56,57,58}.

Simultáneamente se debe reflexionar sobre las manifestaciones de la conducta que pueden ser autorreguladas, como el tiempo dedicado a una actividad específica y el esfuerzo de la autoobservación de las propias acciones. Por tal motivo, se espera que el profesional de enfermería incorpore gradualmente esta dimensión de la competencia clínica. La autoobservación es un eje medular para que el sujeto se regule a sí mismo y actúe con mayor éxito en situaciones emergentes, lo cual involucra la dimensión socio afectivo y emocional de la intervención.

Es importante señalar el contexto donde se efectúa el aprendizaje, considerar las características físicas de las instalaciones, el clima laboral, el talento humano, insumos del material, complejidad del estado de salud de las mujeres con preeclampsia; por tal motivo se tienen que evaluar las demandas de los derechohabientes y de los factores contextuales que influyeron en el logro de las intervenciones de enfermería y decidir los cambios que sean necesarios para proporcionar una atención de calidad.

Por consiguiente, es importante señalar que el autor Zimmerman (1989) puntualiza que la autorregulación es un proceso con tres dimensiones:

- Autoobservación: Realizar un monitoreo metódico en su desempeño.
- Autovaloración: Comparación sistemática del desempeño del profesional con un estándar.
- Autoreacciones: Involucran respuestas, procesos personales o condiciones ambientales.

Por otra parte, Poggi⁵⁹ conceptualiza la “autoevaluación como el proceso de indagación y estudio de un programa, proyecto o institución, generado, organizado y gestionado por sus propios integrantes”. Cabe mencionar que dicha autoevaluación contribuye al fomento de la sistematización de la práctica clínica con el propósito de comprender, valorar y reflexionar sobre las situaciones estudiadas que abonen a la construcción de nuevos conocimientos.

Por tal motivo, incrementar el conocimiento que se tiene dentro de la práctica clínica de enfermería promueve el empoderamiento a través de la autoevaluación en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, y contribuye a elaborar objetivos específicos, ejecutar un método de intervención con la finalidad de priorizar intervenciones independientes de enfermería que contribuyan al bienestar biológico, psicológico, espiritual, social y cultural de estas pacientes, y a su vez, favorece el asumir un compromiso para implementar acciones de mejora para la calidad de la atención.

Así, la autoevaluación debe promoverse como una cultura en las instituciones de salud que proporcionan atención especializada. El rol de enfermería en la prevención de la muerte materna implica atender de manera pertinente y con perspectiva autocrítica; la preeclampsia para identificar una emergencia obstétrica, esto a través del Triage Obstétrico, el Lineamiento Técnico del Código Máter y la Guía de Práctica Clínica de intervenciones de enfermería en preeclampsia/eclampsia, al ejercer las políticas en salud para fortalecer la organización institucional y jerarquizar las funciones específicas de cada profesional que integra el equipo de respuesta inmediata obstétrica para actuar oportunamente ante la presencia de alguna complicación y prevenirla de manera eficaz

60.

Es decir, el fin último de la autoevaluación es fortalecer el proceso de autorregulación y la toma de conciencia del propio pensamiento en quehaceres específicos de la práctica clínica de enfermería. Contribuye a moderar el propio aprendizaje y diseñar un plan de cuidado específico para evaluar e identificar posibles fallos en las intervenciones de enfermería. Por consiguiente, la autorregulación permite reflexionar tres aspectos importantes: requisitos previos, ejecución y autorreflexión como ejes de un proceso que no es automático, pero que se fortalece con la autoevaluación en cada uno de sus componentes.

En enfermería se toma en consideración el aprendizaje y al mismo tiempo se establecen objetivos que se pretenden alcanzar en el plan de cuidados de enfermería (PLACE) con la finalidad de proporcionar atención oportuna y eficaz en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia. La ejecución de las tareas específicas se enfoca a la investigación con novatos, los cuales requieren de la supervisión continua de un experto para proporcionar un cuidado de enfermería en las mujeres con preeclampsia, ya que aquéllos no cuentan con los conocimientos, habilidades y actitudes suficientes para identificar oportunamente alteraciones hemodinámicas o complicaciones que se presenten en la atención que proporciona el equipo interprofesional.

A diferencia de los novatos, los expertos diseñan un plan de cuidado especializado durante la fase de valoración con base en los registros y criterios de severidad de preeclampsia para ejercer un monitoreo hemodinámico con miras a identificar de manera oportuna alteraciones hemodinámicas y proporcionar un cuidado enfermero especializado en preeclampsia, en el cual se aplican valores éticos de la práctica profesional.

III. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Se realizó una revisión de la literatura en bases de datos PubMed, Ebsco, Scopus y Lilacs y Scielo. Además, nos auxiliamos del uso de filtros en la búsqueda para especificar la población de interés, texto completo, fecha de publicación de los últimos 5 años, tipo de estudio cuantitativo y cualitativo, idioma inglés, español y portugués, se utilizaron los operadores booleanos “and” y “or”.

La estrategia de búsqueda de datos se realizó con base a los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), a partir de los términos MeSH “education”, “nursing”, “preeclampsia”, “training”, “obstetric nursing”, “nursing evaluation research”, “profesional training”, “nursing assessment”, “clinical competence”, “maternal child nursing”, “nursing staff”.

La evidencia científica que se encontró al realizar la revisión sistemática de la literatura, demuestra el valor de incorporar la simulación en la capacitación en servicio para la toma de decisiones clínicas, el trabajo en equipo y el uso de prácticas basadas en evidencia (Crofts, Winter y Sowter, 2011 ; Crofts et al. ,2006 ; Fransen et al., 2012 ; Merien, Van de Ven, Mol, Houterman y Oei, 2010 ; Reynolds, Ayres de Campos, Pereira Cavaleiro y Ferreira Bastos, 2010 ; Siassakos, Crofts, Winter, Weiner y Draycott, 2009)⁶¹. Es por ello que la capacitación en simulación interprofesional ha mejorado las prácticas y los resultados del parto al impactar las habilidades clínicas y no técnicas como la comunicación, el trabajo en equipo, el liderazgo y el uso efectivo de los recursos.

Sin embargo, las emergencias obstétricas pueden ocurrir incluso en embarazos de bajo riesgo y pueden surgir sin previo aviso, lo que requiere eficiencia para el manejo por parte del equipo interdisciplinario; por tal motivo, se tienen que implementar talleres, como la capacitación práctica obstétrica multiprofesional (PROMPT), el manejo de emergencias obstétricas y traumatismos (MOET) y el soporte vital avanzado en obstetricia (TAMBIÉN) en instituciones de atención médica en un parto con el propósito de proporcionar un manejo rápido y seguro en pacientes obstétricas⁶².

Por tal motivo, la evidencia existente sugiere que la simulación puede ser una modalidad de capacitación efectiva en entornos de bajos recursos cuando los métodos específicos se adaptan al contexto.

Las intervenciones educativas dirigidas a las enfermeras para apoyar la implementación de la práctica basada en evidencia, en el manejo de preeclampsia; donde numerosos artículos han tratado de identificar el impacto de las intervenciones educativas para mejorar la práctica basada en la evidencia (PBE) entre las enfermeras, la mayoría de la evidencia científica se concentra en las habilidades y los conocimientos adquiridos; pero hasta el momento las revisiones sistemáticas han explorado si este aporte educativo se traduce en mejores resultados para los pacientes.

Por lo mencionado anteriormente el autor Shaneyfelt et al., 2006⁶³ menciona que la educación en PBE se centra en el conocimiento, la actitud y las habilidades de las enfermeras ya que son más fáciles de evaluar. Por ello, la evidencia de esta revisión, podría utilizarse para desplegar herramientas estandarizadas en el paciente, la cuales deberían ser validadas antes de su implementación.

La competencia clínica y la simulación en el ámbito hospitalario

Los artículos de investigación enfocados en la competencia clínica están dirigidos al primer y tercer nivel de atención salud; su población de estudio considera médicos residentes en obstetricia y anestesiología, y enfermeras parteras. El propósito de dichos estudios es evaluar el conocimiento, habilidad y actitud del profesional; en el escenario de simulación clínica en emergencias obstétricas, para actuar oportunamente y evitar la aparición de complicaciones maternas que contribuya a disminuir la razón de muerte materna.

La competencia clínica y la autoeficacia en enfermería

Con base en la teoría social, las investigaciones de las competencias clínicas de enfermería se basan en la autoeficacia. Un estudio reportado por Kumwiede (2013), muestra que la simulación humana de alta fidelidad es una estrategia efectiva para capacitar al personal de enfermería en el área obstétrica específicamente en el manejo de preeclampsia y eclampsia. Otros estudios que recuperan la simulación y la autoeficacia fueron realizados en estudiantes de enfermería. La evidencia muestra que los estudios se dirigen principalmente a estudiantes de educación superior y de especialización. No obstante, existe mínima evidencia realizada en profesionales de enfermería en el área de obstetricia; para proporcionar atención en preeclampsia en un contexto hospitalario⁶⁴.

La competencia clínica y el pensamiento crítico en enfermería

La evidencia científica es mínima en torno a las competencias clínicas del personal de enfermería en el área obstétrica. No obstante, Dias y Oliveira (2013) identificaron habilidades de pensamiento crítico en el proceso diagnóstico en enfermería en un estudio exploratorio, descriptivo, con aplicación de casos clínicos a siete alumnos de enfermería, para identificación de habilidades de pensamiento crítico y sus justificaciones. Concluyen que la experiencia clínica, el juicio para tomar decisiones y el razonamiento crítico impregnan las etapas del proceso de diagnóstico⁶⁵.

El proceso de diagnóstico consiste en una serie de actividades cognitivas y perceptivas donde la observación conduce a inferencias y generar preguntas. Por lo tanto, se aprehende que este ciclo de actividades requiere una serie de habilidades de pensamiento crítico para la percepción, reconocimiento y clasificación de la información en un intento de entender la complejidad de las respuestas humanas a través de problemas de situaciones de salud. Es por ello que el proceso diagnóstico implica el reconocimiento de la existencia de signos presentados por el paciente.

Según la comprensión de los participantes del estudio, el conocimiento técnico-científico y la experiencia clínica impregnan todas las fases del proceso de diagnóstico de enfermería.

Sin embargo, Garber en 2018 realizó una investigación donde utilizó el escenario de simulación interprofesional y multidisciplinario para enseñar a los residentes de obstetricia/ ginecología, residentes de anestesiología y enfermeras sobre el diagnóstico y el tratamiento de la toxicidad por sulfato de magnesio en una paciente posparto con preeclampsia⁶⁶.

Del mismo modo Tabatabaeian et.al., ejecutó un ensayo clínico en tres grupos para evaluar el efecto de la educación basada en simulación, semipresencial y basada en conferencias sobre el rendimiento simulado de parteras en el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Antes de la educación en los tres grupos no hubo significancia estadística $p < 0.05$, mientras tanto, la puntuación media del rendimiento de las parteras aumentó significativamente en los tres grupos, 2 semanas después de la educación $p < 0,001$. Se consideró que el grupo educativo de simulación es mayor que en el grupo mixto y de conferencia, por lo que se considera la simulación un método egocéntrico⁶⁷.

Por otra parte, Sotunsa elaboró un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados de intervención comunitaria en preeclampsia en el estado de Ogun, Nigeria, con el propósito de identificar el nivel de conocimiento de los proveedores de atención médica basados en la comunidad y su práctica habitual para la detección y manejo de la preeclampsia; lo cual exige una capacitación permanente y comprensión del sistema general de atención de la salud, en las zonas rurales⁶⁸.

Además, Manoochehri evaluó en su investigación el papel del trabajo clínico durante la competencia clínica de enfermeras novatas. La experiencia laboral influye en la práctica profesional, impacta en las acciones profesionales de las enfermeras, mejora el aprendizaje y fortalece las actividades de enfermería.

Se obtuvo una experiencia laboral entre 1-18 años con un promedio de 5.7. Es por ello que la competencia de las enfermeras, influye en la seguridad y la calidad de atención en los pacientes y generar errores graves para los padecientes por parte del equipo interprofesional⁶⁹.

Mientras tanto, el autor Soggiu realizó una investigación de tipo trasversal para evaluar el conocimiento de las enfermeras en la atención de pacientes con preeclampsia en un centro de atención terciaria en Rumania del departamento de obstetricia y ginecología. El 73.8% confirmó participación en programas en el campo de la obstetricia; el 10.8% notifico asistir a capacitación de preeclampsia / eclampsia, el 47.7% identifico correctamente la definición de eclampsia, el 78.5% registro proteinuria en el embarazo, el 9.2% clasifico la hipertensión crónica, y el 70.8% eligió el anticonvulsivo para preeclampsia / eclampsia severa. Sin embargo, el estudio asemejó brechas en el conocimiento de las enfermeras sobre la preeclampsia / eclampsia, incluida su evaluación, diagnóstico y manejo⁷⁰.

El autor Raney diseñó un estudio de investigación de métodos mixtos en enfermeros aprendices que proporcionan atención en salud primaria, el programa de capacitación basada en simulación en el manejo de emergencias obstétricas y neonatales, con la finalidad de identificar los criterios de severidad de preeclampsia y el manejo de la presión arterial. Los resultados mostraron aumentos significativos en el número medio de preguntas clave de historia formuladas $p= 0.03$ y pasos clave de gestión completados $p= 0.03$. El tiempo transcurrido desde la presión arterial medida hasta el sulfato de magnesio administrado disminuyó en 3.2 minutos, aunque no significativo $p= 0.06$ ⁷¹.

Además, Hilton y colaboradores en 2016 efectuó un estudio experimental donde evaluó el conocimiento de los proveedores de atención médica de parto; en un centro de referencia terciario en el tratamiento de preeclampsia y eclampsia, a través de la simulación clínica. Utilizo el sulfato de magnesio como medicamento de primera línea para el manejo de la presión arterial en preeclampsia severa para reducir la morbilidad y mortalidad materna en el contexto complejo de preeclampsia y eclampsia⁷².

En el año 2016 Ferreira y colaboradores. Elaboraron una investigación “Asistencia de enfermería a mujeres con preeclampsia y/o eclampsia: revisión integradora”. Su objetivo fue analizar la evidencia disponible en la literatura sobre cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia. Donde se realizó una revisión en las bases de datos PubMed, CINAHL, LILACS y SciELO. Se encontraron estudios publicados entre enero del 2000 a diciembre del 2014, agrupados en cuatro categorías: estandarización de la medición de la presión arterial técnica; entrenamiento con simulación; instrumentos para la estandarización de la atención y la calidad de cuidados. Las principales acciones de enfermería fueron: examen físico, detección precoz de signos de preeclampsia / eclampsia, evaluación fetal, calificación y entrenamiento de profesionales. Identificaron la necesidad de estandarizar la atención de instrumentos, protocolos y técnicas de medición de presión arterial, identificación temprana y tratamiento de crisis hipertensivas a través de protocolos institucionales y revisión de casos y procesos de trabajo⁷³.

En cambio, Barrera (2012), elaboró una investigación titulada: Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia; donde se formularon preguntas clínicas estructuradas, con relación a factores de riesgo, diagnóstico, atención prenatal y postparto de la paciente con preeclampsia/eclampsia. El proceso de elaboración de la guía fue mixto adaptación/elaboración de novo. La búsqueda de información se realizó en sitios específicos de Guías de Práctica Clínica y en PubMed, limitándose a documentos publicados en los últimos 10 años, en idioma inglés o español.⁷⁴

Cabe mencionar que Barrera A. y cols. Construyeron una Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia y eclampsia; para identificar los factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento adjunto con intervenciones de enfermería específicas para el manejo de preeclampsia.⁷⁵

González NP, Ballardo MG, Domínguez IF. et al. Plasmaron un artículo de investigación titulado “Conocimiento de la enfermera en la atención al usuario con preeclampsia y eclampsia, para identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería del área de Toco cirugía y Ginecoobstetricia en la atención a usuarias con preeclampsia eclampsia”.

En dicho estudio se realizó una encuesta a 75 enfermeras del Hospital General Regional No. 1, para evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de preeclampsia eclampsia, validado por dos rondas de expertos y una prueba piloto, así mismo la escala de medición fue buena cuando contestara correctamente del 86 al 100 % de los ítems, regular, del 70 al 85 %, y deficiente, menos de 69 %.

Por lo anterior, es imperativo señalar que el promedio de edad de las enfermeras fue de 41 años, con una desviación estándar más menos 7.1, referente al nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre preeclampsia/eclampsia, en el manejo de usuarias, el resultado fue deficiente aun cuando la antigüedad en el servicio fue de más de tres años.⁷⁶

IV. MÉTODOS

4.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se efectuó un estudio de tipo cuantitativo, enfocado en un diseño cuasi-experimental en un solo grupo de profesionales de enfermería; se llevó a cabo en el Hospital General de Zona 1-A Venados del Instituto Mexicano del Seguro Social; se realizó un pretest durante el periodo del 05 al 08 de febrero del 2019. Por lo tanto el posttest se ejecutó, tres meses posteriores de la aplicación basal, el propósito fue evaluar el efecto de una intervención educativa a través de la autoevaluación en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

La asignación fue aleatoria mientras se cumplió con los criterios de selección y previa autorización del consentimiento informado. La intervención educativa tuvo una duración de 14 horas, se utilizó el método de conferencia, considerando los ejes teóricos de la normatividad, competencia clínica, autoevaluación y la metodología del proceso enfermero, enfocado en la fase de valoración. Se realizó un posttest en el mes de mayo a través del instrumento de autoevaluación de los cuidados de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

4.2.1 Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería del HGZ 1-A Venados, con tipo de contratación de personal de base, con categoría de enfermera general, enfermera especialista intensivista y enfermera jefe de piso, del turno matutino, vespertino y nocturno de los servicios de Gineco Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos y quirófano, que asistieron voluntariamente para participar en el estudio, en el periodo comprendido y que además firmaron el consentimiento informado.

4.2.2 Criterios de exclusión

En dicha investigación no se consideró a enfermeras que se encuentre de vacaciones, beca, licencia, comisión y falta injustificada, que no deseen participar y auxiliar de enfermería.

En dicha investigación no se considera a enfermeras que se encuentre de vacaciones, beca, licencia, comisión y falta injustificada, que no deseen participar y auxiliar de enfermería.

4.2.3 Criterios de eliminación

Se establece eliminar a las enfermeras que durante la intervención educativa llenen de manera incompleta el instrumento de medición en un 10% y que además no culminen la intervención educativa en un 90%.

4.2.4 Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula de estimación de proporciones con una diferencia del 60%, con un poder del 80% y un intervalo de confianza del 95% para el tamaño muestral. Utilizando la fórmula para diferencia de proporciones de una muestra y considerando que el personal de enfermería mejorará su calificación final con una diferencia del 60% posterior a la intervención educativa con respecto a sus datos basales.

$$n = \frac{Z_{\alpha} \times p_0 \times q_0}{d^2}$$

El muestreo fue aleatorio estratificado con la participación de 40 enfermeras para realizar la intervención educativa en la “autoevaluación del cuidado de enfermería en mujeres con preeclampsia”, incluyendo los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) y los cuatro servicios antes mencionados del total de la plantilla de 806 enfermeras.

4.3 VARIABLES DE ESTUDIO

- A. Dependiente: Competencia clínica de enfermería
- B. Independiente: Intervención educativa mediante la autoevaluación
- C. Variables intervinientes

4.4 HIPÓTESIS

La competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia mejorará posterior a la ejecución de la intervención educativa a través de la autoevaluación, en comparación con la evaluación inicial en un 60% en las enfermeras de un hospital de segundo nivel de atención.

4.5 PROCEDIMIENTO

4.5.1 Para la recolección de datos

Estudio de intervención realizado del 05 al 08 de febrero del 2019, en un Hospital General Zona 1-A “Dr. Rodolfo Antonio de Muchas Macías” con previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, con número de registro 2018-3701-036; de acuerdo con la normatividad vigente del Instituto Mexicano Seguro Social. Por tal motivo se entregó un consentimiento informado; en el cual se mencionó el título de la investigación, el objetivo y justificación del estudio.

Cabe mencionar que la intervención educativa se integró por un equipo de trabajo, integrado por un ginecólogo experto en el tema de preeclampsia; para abordó la temática planteada, una enfermera perinatal, para presentar el triage obstétrico, código mater y función del equipo de respuesta inmediata obstétrica; una enfermera especialista intensivista; para emitir el marco legal, el método de intervención proceso atención de enfermería (etapa de valoración), farmacología obstétrica, autoevaluación de la intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia y análisis de un caso clínico de preeclampsia. Además la participación de una pedagoga; para abordar el empoderamiento de la práctica clínica de enfermería en preeclampsia. (Ver anexo 3)

Para dicha intervención se realizó un instrumento para evaluar la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia; dicho instrumento consta de 46 ítems, tiene 4 apartados: 1) aspectos sociodemográficos, 2) laborales, 3) capacitación 4) Intervenciones independientes de enfermería que estipula la Guía de Práctica Clínica de intervenciones de enfermería en preeclampsia/eclampsia.

Cabe señalar que el instrumento, evalúa la frecuencia de 32 competencias, para la atención de mujeres con preeclampsia en la fase de valoración: 1) signos vitales, 2) estado de conciencia, 3) confort, 4) procedimientos invasivos y 5) estado hídrico.

Dicho instrumento se proporcionó en la aplicación basal, y en un segundo momento en el postest con un intervalo de tiempo 3 meses, con la finalidad de comparar el efecto de la intervención educativa en la competencia clínica de enfermería: autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel de atención.

El análisis de los datos se llevó a cabo con estadística descriptiva por cada variable cuantitativa del estudio. Se ejecutó la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (moda, mediana y media), medidas de variabilidad (rango, desviación estándar y varianza).

Mientras tanto, en el análisis inferencial se realizó prueba de ANOVA de un factor para variables cuantitativas con distribución normal, para muestras independientes en tres o más grupos; así mismo se utilizó U-Mann Whitney en variables cualitativas o cuantitativas que no tienen una distribución normal; en muestras independientes de dos grupos; además se aplicó la prueba de Kruskal Wallis en variables cuantitativas ordinal, para muestras independientes en tres o más grupos; asimismo se ejecutó la prueba t Student en variables cuantitativas con una distribución normal; para muestras independientes en 2 grupos.

Sin embargo, para evaluar el efecto de la intervención educativa (antes-después) se utilizó la prueba de Wilcoxon en muestras dependientes de un grupo, por último se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman en variables ordinales.

4.5.2 Instrumento de medición

Se llevó a cabo la búsqueda de información en diversas bases de datos como Pub Med, Medline, Elsevier, Scielo, LILACS entre otras; para identificar un instrumento validado que este orientado en autoevaluación de la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, lamentablemente hasta el momento no se ha encontrado evidencia científica, por lo cual se consideró realizar un instrumento basado en la NOM-007-SSA2 2016 y la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia; para la elaboración del constructo del instrumento.

La primera versión del instrumento de observación con 46 ítems, distribuidos en 4 secciones:

1. Aspectos socio demográficos
2. Aspectos laborales
3. Aspectos de capacitación
4. Cuidados de enfermería

Es importante señalar que la última sección está conformada por cinco competencias:

1. Signos Vitales: Abarca cinco ítems (15-19)
2. Estado de conciencia: Incluye cinco ítems (20-24)
3. Ambiente de confort: Contiene seis ítems (25-30)
4. Procedimientos invasivos: Encierra diez ítems (31-40)
5. Estado hídrico: Comprende seis ítems (41-46)

La sección de cuidados de enfermería se midió en cada unidad de análisis, a través de un diferencial semántico (1 a 7), donde 1 representa la puntuación más baja y 7 la puntuación más alta.

Sin embargo, para la validez de contenido, se utilizó un panel de tres expertos con nivel académico de Doctorado y Licenciatura, dos de ellas son profesionales de enfermería con experiencia docente y clínica; cabe señalar que la tercera experta es pedagoga. Se entregó a cada experto, el instrumento de concordancia de expertos cuya estructura estaba diseñada con definiciones de las categorías conceptuales consideradas en la investigación y los indicadores de pericia (claridad, pertinencia y relevancia para cada ítem).

A su vez, se dio a conocer el nombre del proyecto, objetivo y las partes en que estaba constituido el instrumento, es decir, las variables intervinientes: edad, sexo, antigüedad laboral, institucional, y de servicio, nivel académico, categoría, servicio, turno y los enunciados que autoevalúan los cuidados de enfermería en las mujeres con preeclampsia en la hoja de registro clínico de enfermería.

De acuerdo, a la opinión de cada uno de los expertos, se modificaron enunciados en cuanto a la semántica, el orden de los ítems no se modificó, se conservaron los 46 ítems; sin embargo, se tuvo que modificar la escala del diferencial semántico ya que nuestra investigación se dirige a medir frecuencia por lo tanto se integró una escala tipo Likert que va de 1 a 5, donde 1 (nunca) representa la puntuación más baja y 5 (siempre) personifica la puntuación más alta, cuyas categorías se denominaron nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Se realizaron dos rondas para finalizar con el proceso de validación del instrumento.

Dicha escala midió la competencia clínica de enfermería: Autoevaluación en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, cuyo puntaje máximo es de 165 y el mínimo de 33. De acuerdo al puntaje obtenido, el nivel de competencia se clasificó según el punto de corte total: 33-59 principiante, 60-86 principiante avanzado, 87-113 competente, 114-140 eficiente y 141-165 experto.

La consistencia interna (fiabilidad), a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, fue de .977 y el análisis estadístico de cada dimensión se muestra en el siguiente cuadro:

Instrumento de autoevaluación en competencia clínica de enfermería en la fase de valoración en preeclampsia

DIMENSIÓN	ALFA DE CRONBACH	OSCILA
1. Signos vitales	.900	.831 - .945
2. Estado de conciencia	.859	.787 - .886
3. Estado de confort	.911	.871 - .934
4. Procedimientos invasivos	.937	.924 - .939
5. Estado hídrico	.930	.901 - .955

(Ver anexo 2)

4.5.3 Consideraciones Éticas

Para la realización de este protocolo de investigación se consideró el informe Belmont para contemplar la declaración de principios bioéticos y directrices que en algún momento dado, ayudaran a resolver los problemas éticos que acompañan la ejecución de investigaciones que incluyen sujetos humanos.

Se protegió la confidencialidad de los datos obtenidos en dicha investigación, así mismo se cumplió con el principio bioético de autonomía para el consentimiento informado por escrito donde se estipuló el objetivo del proyecto y sus características específicas del mismo sin condicionar la participación en el mismo.

Cabe señalar que la obligación del investigador es dar a conocer los beneficios a corto y largo plazo y riesgos que se pueden presentar en el proceso de dicha investigación, dando oportunidad al participante de retirarse de dicho protocolo en el momento que considere pertinente.

Se consideró la equidad en la distribución del desarrollo de la intervención educativa en los profesionales de enfermería, con la finalidad de autoevaluar la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, para ejercer el principio bioético de justicia.

El proyecto de investigación cuidó el cumplimiento de la normatividad en materia de investigación del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación, para la Salud considerado como un estudio sin riesgo⁷⁷. En su título segundo, relacionados con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos con base en el reglamento, Título Segundo relativo a los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Arts. 17, 13, 20 y 22. Asimismo, la declaración de Helsinki 2014. Incluye tres pautas, que al texto dice:

“Pauta 1: Consentimiento informado. En todos los casos de investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado de quien participará en la investigación; en el caso de una persona que no sea capaz de dar un consentimiento informado, el investigador debe obtener el consentimiento por poder de un representante debidamente autorizado.

Pauta 2: Información esencial para los posibles participantes en una investigación. Antes de solicitar el consentimiento de una persona para su participación en una investigación, el investigador debe proporcionarle el objetivo, proceso del proyecto, los beneficios y posibles riesgos, en un lenguaje coloquial para que la persona sea capaz de entender.

Pauta 3: Obligaciones de los investigadores con respecto al consentimiento informado. El investigador tiene el deber de comunicar al participante toda la información necesaria para que otorgue un consentimiento debidamente informado, brindar confianza al participante de hacer preguntas, excluir la posibilidad de un engaño injustificado, influencia indebida o de intimidación y por último renovar el consentimiento informado de cada participante si ocurren cambios importantes de las condiciones o procedimientos de la investigación”⁷⁸. (Véase anexo 3)

V. RESULTADOS

Los datos sociodemográficos del profesional de enfermería muestran el grupo de edad predominante en el rango de 31-40 años 45%; en relación al estado civil la opción divorciado con 45%, mientras tanto la escolaridad que prevaleció fue licenciatura 45%. (Tabla 1)

Tabla 1. Datos sociodemográficos del profesional de enfermería

VARIABLE		f n=40	% n=40
Edad	20-30 años	5	12.5%
	31-40 años	18	45%
	41-50 años	12	30%
	51-60 años	5	12.5%
Estado Civil	Soltero	9	23%
	Casado	10	25%
	Divorciado	18	45%
	Unión libre	3	7%
Escolaridad	Técnico	9	23%
	Postécnico	10	25%
	Licenciatura	18	45%
	Especialización	3	7%

Fuente: Elaboración propia

La antigüedad laboral del profesional de enfermería se concentra en el rango de 11-20 años con 48%, mientras tanto la antigüedad institucional se ubica en los rangos de 1-10 años y de 11-20 años con 42%, es importante señalar que el 53% tiene menos de 1 año de antigüedad en el servicio. (Tabla 2)

En cuestión al aspecto laboral, la categoría que predominó es enfermera general 58%. En cuestión al servicio donde desempeña su competencia clínica, en la Unidad Toco Quirúrgica 43%. El turno vespertino con 35%. (Ver Tabla 3)

Respecto a la capacitación en el manejo de preeclampsia; el 22%, recibió enseñanza; en la institución IMSS 18%, la modalidad del curso fue monográfico con 22%, y el tiempo que recibió la capacitación el profesional, oscila en el rango de menos de 1 año con 20%. (Ver Tabla 4)

Tabla 2. Antigüedad laboral, institucional y de servicio del profesional de enfermería

VARIABLE	f n=40	% n=40
Antigüedad laboral		
1-10 años	13	32%
11-20 años	19	48%
21-30 años	8	20%
Antigüedad institucional		
1-10 años	17	42%
11-20 años	17	42%
21-30 años	6	16%
Antigüedad en el servicio		
Menos de 1 año	21	53%
1-5 años	12	30%
6-10 años	5	12%
Más de 10 años	2	5%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Aspecto laboral del profesional de enfermería

VARIABLE	f n=40	% n=40
Categoría		
Enfermera general	23	58%
Especialista	12	30%
Jefe de Piso	5	12%
Servicio		
Gineco-Obstetricia	7	17%
Unidad Toco-Quirúrgica	17	43%
Unidad de Cuidados Intensivos	8	20%
Quirófano	8	20%
Turno		
Matutino	13	32.5%
Vespertino	14	35%
Nocturno	13	32.5%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Capacitación del profesional de enfermería en preeclampsia

VARIABLE	f n=40	% n=40
Capacitación		
Sí	9	22%
No	31	78%
Institución donde recibe la capacitación		
IMSS	7	18%
SSA	1	2%
Otros	1	2%
No capacitación	31	78%
Modalidad del curso		
Monográfico	9	22%
No capacitación	31	78%
Tiempo de capacitación		
Menos de 1 año	8	20%
1-5 años	1	2%
No capacitación	31	78%

Fuente: Elaboración propia

Competencias desagregadas por dimensión clínica: una comparación antes y después de la intervención educativa.

Las competencias que evaluamos en la intervención educativa, en la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia, se distribuyeron de la siguiente manera y se incluyen los números; donde se ubican en el cuestionario entre paréntesis

- 1.- Cinco competencias para signos vitales (15-19)
- 2.- Cinco competencia para estado de conciencia (20-24)
- 3.- Seis competencias para ambiente de confort (25-30)
- 4.- Diez competencias para procedimientos invasivos (31-40)
- 5.- Seis competencias para estado hídrico (41-46)

Tabla 5. Frecuencia de competencia de signos vitales

COMPETENCIA	Pre/post	Siempre	Casi	A	Casi	Nunca
			siempre	veces	nunca	
Competencia 1. Tensión arterial c/ dos horas	Pre	32	5	3	0	0
	Post	38	2	0	0	0
Competencia 2. Frecuencia respiratoria	Pre	32	6	2	0	0
	Post	35	5	0	0	0
Competencia 3. Frecuencia cardiaca	Pre	33	6	1	0	0
	Post	36	4	0	0	0
Competencia 4. Temperatura corporal	Pre	28	8	3	1	0
	Post	34	4	1	1	0
Competencia 5. Saturación de oxígeno	Pre	27	9	3	1	0
	Post	27	9	4	0	0

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5 muestra un cambio significativo en la mayoría de las competencias evaluadas. Cabe destacar que la competencia número 1 y 4, *verifico la tensión arterial cada dos horas y tomo la temperatura corporal*, mostraron una diferencia positiva en la categoría de *siempre* entre 5 y 6 puntos arriba en el postest. No obstante, es significativo que en la clase de *casi nunca* y *nunca* prácticamente no se presentaron en el postest.

En las competencias incluidas del *estado de conciencia*, la categoría de *siempre*, es mayor en la competencia 6 "*valoro la Escala de Glasgow*", con ocho puntos arriba en el postest. Mientras tanto en la competencia de *Identificar y registrar proteinuria mayor o igual a 2 gramos*, en la escala de *siempre* y *a veces* se obtuvo una disminución en el postest. (Ver tabla 6)

Con respecto a la competencia clínica de confort, en la cual se incluyen seis ítems, se obtuvo mayor significancia en la competencia de colocar a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo entre el pre y el post con 5 puntos arriba en este último para realizar siempre esta técnica con las pacientes en la fase de valoración. (Ver tabla 7)

Tabla 6. Frecuencia de competencia de estado de conciencia

COMPETENCIA	Pre/post	Siempre	Casi	A	Casi	Nunca
			siempre	veces	nunca	
Competencia 6. Valoro la Escala de Glasgow	Pre	27	9	3	0	1
	Post	35	3	1	0	1
Competencia 7. Identifico y registro cefalea	Pre	33	6	0	0	1
	Post	35	3	1	0	1
Competencia 8. Identifico y registro fosfenos	Pre	31	6	3	0	0
	Post	32	7	1	0	0
Competencia 9. Identifico y registro Epigastralgia	Pre	28	8	3	1	0
	Post	31	6	3	0	0
Competencia 10. Identifico y registro proteinuria mayor o igual a 2 gramos	Pre	15	4	13	4	4
	Post	12	12	8	4	4

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Frecuencia de competencia de confort

COMPETENCIA	Pre/post	Siempre	Casi	A	Casi	Nunca
			siempre	veces	nunca	
Competencia 11. Valoro el reflejo osteotendinoso cada 30 minutos	Pre	5	8	11	5	11
	Post	3	14	13	5	5
Competencia 12. Identifico la posible hiperreflexia en la mujer con preeclampsia	Pre	13	9	9	4	5
	Post	14	11	14	0	1
Competencia 13. Realizo la ministración de gluconato de calcio para contrarrestar la intoxicación	Pre	14	2	10	7	7
	Post	14	10	14	2	0
Competencia 14. Coloco a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo	Pre	23	9	5	2	1
	Post	28	10	1	1	0
Competencia 15. Tomo y registro la frecuencia cardíaca fetal con estetoscopio de pinar o Doppler	Pre	12	7	8	5	8
	Post	12	8	13	5	2
Competencia 16. Proporciono un ambiente tranquilo con luz tenue, ventilación y comodidad	Pre	15	17	5	0	3
	Post	16	19	4	1	0

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con las diez competencias clínicas incluidas en la dimensión de *procedimientos invasivos* se muestran en la tabla 8. Las frecuencias obtenidas permiten apreciar que la competencia de *permeabilidad del acceso periférico y colocación y fijación de la sonda uretral en el muslo anterior*, se obtuvo mayor significancia entre el pretest y el postest con 4 puntos arriba en este último, para realizar siempre esta técnica con las pacientes en la fase de valoración. Se reitera que esta dimensión es más compleja por los elementos que integra. Cabe señalar que en la categoría de *nunca* y *casi nunca* prácticamente no se presentaron en la fase del postest.

Tabla 8. Frecuencia de competencia de procedimientos invasivos

COMPETENCIA	Pre/ Post	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Competencia 17. Instalo dos vías periféricas con Angiocath No. 16 o 18	Pre	24	8	2	4	2
	Post	23	15	1	0	1
Competencia 18. Verifico la permeabilidad del acceso periférico	Pre	33	4	1	1	1
	Post	37	3	0	0	0
Competencia 19. Instalo sonda vesical de acuerdo (protocolo)	Pre	26	6	3	3	2
	Post	27	8	4	1	0
Competencia 20. Verifico la permeabilidad de la sonda vesical	Pre	33	3	0	3	1
	Post	36	2	2	0	0
Competencia 21. Coloco la fijación en el muslo anterior.	Pre	33	2	1	2	2
	Post	37	2	1	0	0
Competencia 22. Coloco la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga	Pre	34	2	1	1	2
	Post	37	1	1	1	0
Competencia 23. Cambio de bolsa recolectora de orina cada quince días	Pre	28	5	2	2	3
	Post	27	9	2	2	0
Competencia 24. Realizo aseo perineal cada 8 horas	Pre	22	8	5	3	2
	Post	23	10	6	1	0
Competencia 25. Control del volumen urinario cada hora	Pre	25	8	5	2	0
	Post	28	7	5	0	0
Competencia 26. Tomo y registro proteínas en tira reactiva de orina, cada 8 horas.	Pre	11	5	6	3	15
	Post	8	8	12	2	10

Fuente: Elaboración propia

Las seis competencias clínicas incluidas en la *valoración del estado hídrico de la mujer con preeclampsia* se muestran en la tabla 9. Las frecuencias obtenidas permiten apreciar que las competencias 28 y 32 obtuvieron mayor significancia entre el pretest y postest; con un incremento de cinco puntos dentro de la categoría de *siempre*; contemplando esta técnica en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia. Se reitera que en esta dimensión es más compleja por las competencias que integra, es muy significativo que *nunca* y *casi nunca*; disminuyeron de forma importante en el postest.

El nivel de competencia durante el pretest arrojó los siguientes resultados. La dimensión de signos vitales el profesional de enfermería se considera experto con un 85%, mientras en la dimensión de estado de conciencia el 68% es experto, cabe señalar que la dimensión de confort el 35% es competente, y el 18% tiene una competencia de principiante avanzado, sin embargo la dimensión de procedimiento invasivos el 63% es experto y solo el 3% principiante y por último en la dimensión de estado hídrico el 68% experto y aún existe un 5% principiante avanzado. (Ver tabla 10)

Tabla 9. Frecuencia de competencia de estado hídrico

COMPETENCIA	Pre/post	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Competencia 27. Registro el peso de la paciente a su ingreso	Pre	30	2	1	0	7
	Post	31	3	5	1	0
Competencia 28. Valoro y registro (signo de Godet)	Pre	33	4	1	1	1
	Post	38	1	1	1	0
Competencia 29. Ausculto campos pulmonares	Pre	17	7	9	3	4
	Post	21	12	5	1	1
Competencia 30. Realizo estricto control de líquidos	Pre	33	4	2	1	0
	Post	31	7	2	0	0
Competencia 31. Vigilo el patrón respiratorio para identificar oportunamente cualquier complicación	Pre	28	9	1	2	0
	Post	29	9	2	0	0
Competencia 32. Anoto todos los cuidados que proporciono en la fase de valoración en el registro clínico de enfermería.	Pre	25	9	1	4	1
	Post	30	8	2	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Frecuencia de competencia total en pretest

COMPETENCIA	Principiante <i>f (%)</i>	Principiante avanzado <i>f (%)</i>	Competente <i>f (%)</i>	Eficiente <i>f (%)</i>	Experto <i>f (%)</i>
Signos vitales	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	5 (13%)	34 (85%)
Estado de conciencia	0 (0%)	0 (0%)	2 (5%)	11 (28%)	27 (68%)
Confort	0 (0%)	7 (18%)	14 (35%)	11 (28%)	8 (20%)
Procedimientos invasivos	1 (3%)	2 (5%)	1 (3%)	11 (28%)	25 (63%)
Estado Hídrico	0 (0%)	2 (5%)	5 (13%)	6 (15%)	27 (68%)

Fuente: Elaboración propia

En el postest se observa un incremento del nivel experto con 95% en la dimensión de signos vitales, mientras que la dimensión de estado de conciencia aumentó un 70% en nivel experto, sin embargo en la dimensión de confort; se obtuvo un nivel principiante avanzado con 15%, nivel competente 40% y eficiente 45%, en la dimensión de procedimientos invasivos; el nivel experto con 85% y la dimensión de estado hídrico con 83% en nivel experto. Por lo cual se considera que la intervención educativa incrementó el nivel de competencia clínica en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia. (Tabla 11)

Tabla 11. Frecuencia de competencia total en postest

COMPETENCIA	Principiante <i>f (%)</i>	Principiante avanzado <i>f (%)</i>	Competente <i>f (%)</i>	Eficiente <i>f (%)</i>	Experto <i>f (%)</i>
Signos vitales	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5%)	38 (95%)
Estado de conciencia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (30%)	28 (70%)
Confort	0 (0%)	6 (15%)	16 (40%)	18 (45%)	0 (0%)
Procedimientos invasivos	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	5 (13%)	34 (85%)
Estado Hídrico	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	6 (15%)	33 (83%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Competencia total del profesional de enfermería

COMPETENCIA TOTAL	Principiante <i>f (%)</i>	Principiante avanzado <i>f (%)</i>	Competen- te <i>f (%)</i>	Eficien- te <i>f (%)</i>	Experto <i>f (%)</i>
Pretest	0 (0%)	1 (3%)	4 (10%)	17(43%)	18(45%)
Posttest	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	17(43%)	22(55%)

Fuente: Elaboración propia

Se considera que la intervención educativa posttest fue efectiva, se refleja ausencia del nivel principiante avanzado, el nivel competente 3%, el nivel eficiente 17% y el nivel experto con 55% (Tabla 12). Sin embargo, los resultados de la estadística inferencial son los siguientes:

Existe una diferencia significativa entre el puntaje de procedimientos invasivos y la escolaridad del profesional de enfermería que proporciona atención en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia $X^2=9.071$ $gl= 3$, $p= 0.028$, entre el nivel técnico y licenciatura $p= 0.015$ y Posttécnico con licenciatura $p= 0.029$. (Tabla 13)

Cabe señalar que existe una diferencia significativa $F= 4.799$, $gl= 2$, $p=0.014$ entre la competencia total y la categoría $p=.011$ enfermera general con especialista $Me=128\pm20$, y enfermera especialista con enfermera general $Me=147\pm11$, que proporciona atención en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia. (Tabla 13)

Por otra parte, existe una diferencia significativa del puntaje de estado de conciencia y la categoría del profesional de enfermería que proporciona atención en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia $X^2= 9.423$ $gl= 2$, $p= 0.009$ la categoría de enfermera general con especialista $5(0)$ $p=.012$ y jefe de piso $5(2)$ $p= 0.040$. (Tabla 13)

No obstante, hay una diferencia significativa entre el puntaje de procedimientos invasivos y la categoría del profesional de enfermería que proporciona atención en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia. $F=3.992$ $gl= 2$, $p= 0.027$, la categoría de enfermera general con especialista $p= 0.025$ y especialista con enfermera general $p= 0.025$, la enfermera general tiene $Me=40\pm9$ y la especialista $Me=47\pm3$. (Ver Tabla 13)

Por otra parte, existe diferencia significativa entre el puntaje hídrico y el turno donde el profesional de enfermería proporciona atención en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia $X^2= 6.026$ $gl=2$, $p=.049$, por lo cual, el turno matutino tiene una mediana y rango 5(3) y una diferencia con el turno nocturno $p=.021$ y turno vespertino 5(2) con nocturno $p=.037$. (Tabla 14)

Tabla 13. Competencia total y dimensiones en manejo de preeclampsia

VARIABLE	Competencia Total (n=40)	Competencia de Signos vitales (n=40)	Competencia Estado de conciencia (n=40)	Competencia Estado de confort (n=40)	Competencia Procedimientos invasivos (n=40)	Competencia Estado hídrico (n=40)
Edad						
20-30 años	125±20	5(0)	21±2	20±3	37±10	23±7
31-40 años	154±21	5(1)	22±3	20±5	42±9	26±5
41-50 años	135±16	5(1)	22±2	20±6	43±5	26±4
51-60 años	148±13	5(2)	24±2	24±5	48±2	29±0.9
Estado Civil						
Soltero	130±21	5(1)	21±3	20±5	5(3)	25±5
Casado	137±16	5(2)	22±3	21±5	5(3)	27±5
Divorciado	141±14	5(0)	23±2	20±7	5(1)	29±2
Viudo	0±0	0(0)	0±0	0±0	0(0)	0±0
Unión libre	131±28	5(0)	24±2	21±8	5(4)	23±6
Escolaridad						
Técnico	5(1)	5(2)	5(1)	22±4	5(1) ^a	28±2
Postécnico	5(1)	5(0)	5(1)	24±6	5(1) ^b	27±4
Licenciatura	4(3)	4(3)	4.5(2)	19±5	4(4)	25±6
Especialización	4(0)	5(0)	5(0)	17±2	5(1)	28±3
Categoría						
Enfermera General	129±20 ^c	5(1)	5(1)	19±5	40±9 ^g	5(3)
Especialista	147±11 ^d	5(0)	5(0) ^e	23±5	47±3 ^h	5(1)
Jefe de Piso	138±15	5(2)	5(2) ^f	21±6	45±5	5(2)
Servicio						
Gineco-Obstetricia	128±20	5(1)	5(1)	19±5	38±11	26±4
UTQ	132±21	5(2)	5(2)	20±5	41±9	26±6
UCI	145±12	5(0)	5(1)	22±6	47±3	28±4
Qx.	138±14	5(0)	5(1)	21±5	44±5	26±4
Turno						
Matutino	4(3)	5(2)	22±3	18±5	5(4)	5(3) ⁱ
Vespertino	4(2)	5(1)	22±3	22±5	4.5(2)	5(2) ^j
Nocturno	5(1)	5(0)	23±2	22±5	5(1)	5(1)

Kruskal Wallis ^{(a) (b)} Diferencia de dimensión de procedimientos invasivos p=0.028 entre escolaridad del nivel técnico con licenciatura p= 0.015 y postécnico con licenciatura p= 0.029

ANOVA ^{(c) (d)} Diferencia de competencia total con categoría p=0.014, enfermera general con especialista y especialista con enfermera general p=.011, donde la especialista obtuvo una Me=147 y enfermera general Me=129

Kruskal Wallis ^{(e) (f)} Diferencia de competencia estado de conciencia con categoría p=.009, enfermera general con especialista p=0.012 y enfermera general con Jefe de Piso p= 0.040

ANOVA ^{(g) (h)} Diferencia de competencia de procedimientos invasivos con categoría p= 0.027, enfermera general con especialista p= 0.025 y especialista con enfermera general p= 0.025, la enfermera general tiene Me=40 y la especialista Me=47

Kruskal Wallis ^{(i) (j)} Diferencia de competencia de estado hídrico con turno p=0.049, turno matutino con nocturno p=.021 y turno vespertino con nocturno p=.037

Tabla 13. Competencia total y dimensiones en manejo de preeclampsia

VARIABLE	Compe- tencia Total n=40	Compe- tencia Signos vitales n=40	Compe- tencia Estado de conciencia n=40	Compe- tencia Estado de confort n=40	Compe- tencia Procedi- mientos invasivos n=40	Compe- tencia Estado hídrico n=40
Antigüedad Laboral						
1-10 años	132±17	23±2	22±3	21±4	41±7	25±5
11-20 años	133±21	23±2	22±2	19±6	42±9	26±5
21-30 años	145±12	23±3	23±2	23±5	47±3	29±2
Antigüedad Institucional						
1-10 años	132±17	5(1)	22±3	20±4	41±7	25±5
11-20 años	135±22	5(1)	22±2	20±6	42±10	26±5
21-30 años	146±13	5(2)	24±1	24±4	46±4	29±2
Antigüedad Servicio						
Menos de 1 año	131±19	23±3	22±2	20±5	41±9	25±5
1-5 años	134±19	23±2	22±3	20±5	43±8	26±5
6-10 años	148±12	24±1	23±2	24±5	47±5	29±2
Más de 10 años	150±14	25±0	24±1	23±10	48±3	30±0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Competencia total y dimensiones en capacitación

VARIABLE	Compe- tencia total n=40	Compe- tencia Signos vitales n=40	Compe- tencia Estado de conciencia n=40	Compe- tencia Estado de confort n=40	Compe- tencia Procedi- mientos invasivos n=40	Compe- tencia Estado hídrico n=40
<i>Institución donde recibió capacitación</i>						
IMSS	5 (1)	0 (0)	5 (1)	5 (3)	5 (2)	0 (0)
No capacitación	4 (3)	5 (2)	5 (2)	3 (3)	5 (4)	5 (3)
<i>Modalidad de la capacitación</i>						
Monográfico	5 (1) ^a	0 (0)	5 (1)	4 (2) ^b	5 (2)	5 (0) ^c
No capacitación	4 (3)	5 (2)	5 (2)	3 (3)	5 (4)	5 (3)
<i>Duración de la capacitación</i>						
Menos de un año	5 (1)	0 (0)	5 (1)	4.5 (2)	5 (2)	0 (0)
De 1 a 5 años	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
No capacitación	4 (3)	5 (2)	5 (2)	3 (2)	5 (4)	5 (3)

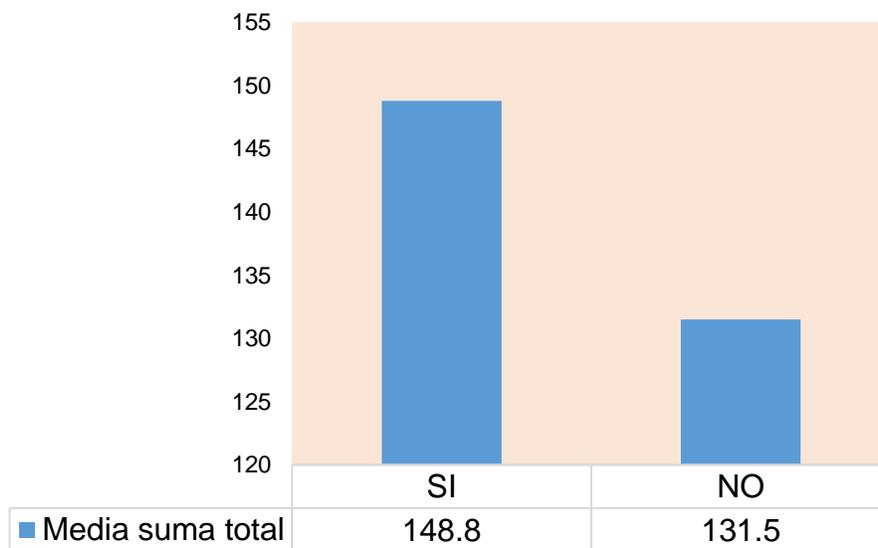
ANOVA Kruskal Wallis: (a) La mediana en competencia total; es mayor en comparación que de quienes no recibieron capacitación previa de curso monográfico de manejo de preeclampsia.

(b) En la competencia de estado de confort; existe una comparación del personal capacitado en preeclampsia, donde la mediana es mayor de quienes no recibieron capacitación previa.

(c) Se encuentra una similitud de la mediana, en la competencia de estado hídrico; del personal capacitado, previo de quienes no recibieron capacitación, sin embargo el rango es menor en quienes recibieron curso del manejo de preeclampsia.

De acuerdo con la suma de competencia total; del profesional de enfermería que recibe capacitación en preeclampsia, es diferente en comparación con el personal no capacitado $t= 3.297$, $gl= 20.232$, $p= .004$, como se observa en (Gráfico 1), los enfermeros que reciben capacitación $Me= 148\pm 12$, el personal que no está capacitado $Me= 131\pm 18$, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

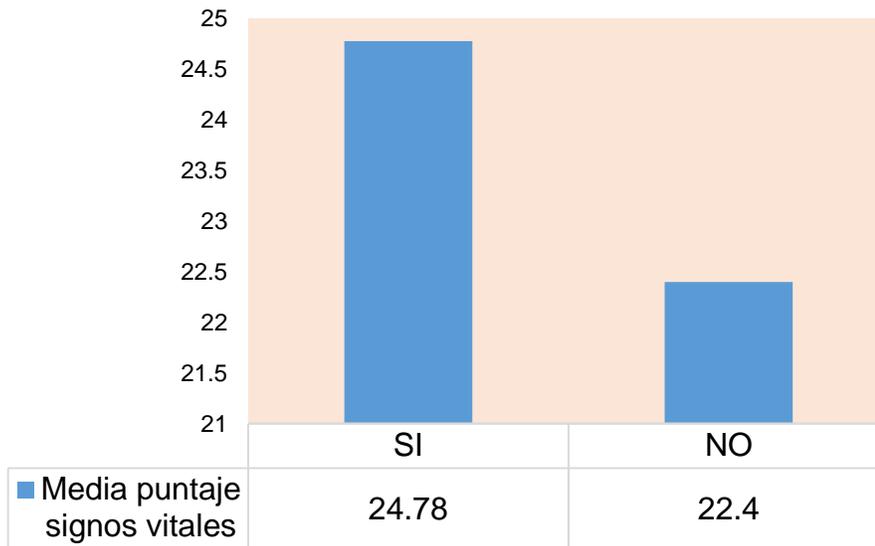
Gráfico 1. Competencia total en capacitación



T Student = 3.297 p=0.004

Existe diferencia significativa en el puntaje de signos vitales y capacitación en preeclampsia $t=2.257$, $gl=38$, $p=.030$, el profesional de enfermería que recibió capacitación en manejo de preeclampsia $Me=25\pm.441$. Sin embargo el personal no capacitado $Me=22\pm 2.373$. (Grafico 2)

Gráfico 2. Comparación de puntaje de signos vitales y capacitación

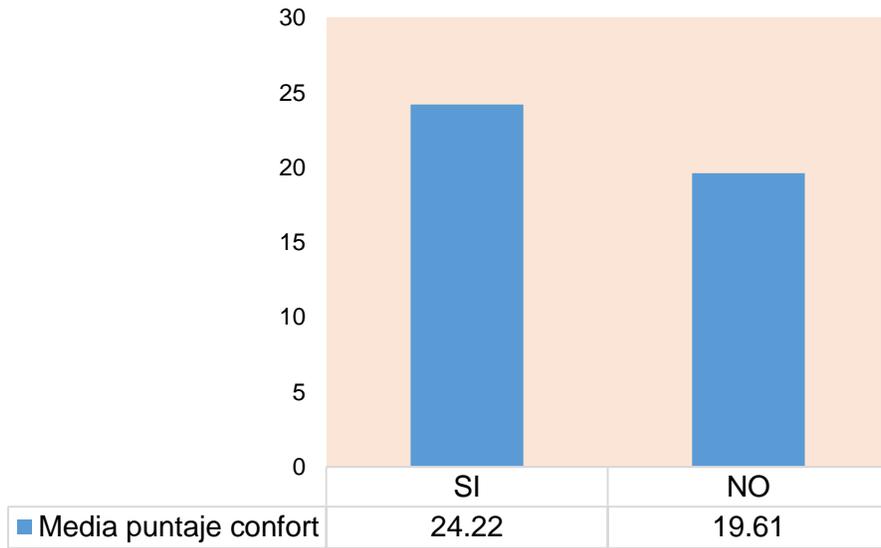


T Student = 2.257 p=0.030

Más aún existe una diferencia significativa en puntaje confort en relación con la capacitación de preeclampsia de los profesionales de enfermería $t= 2.364$, $gl=12$, $p=0.034$. Los enfermeros que reciben capacitación en preeclampsia $Me=24\pm5$ sin embargo los que no reciben capacitación $Me=19\pm5$. (Gráfico 3)

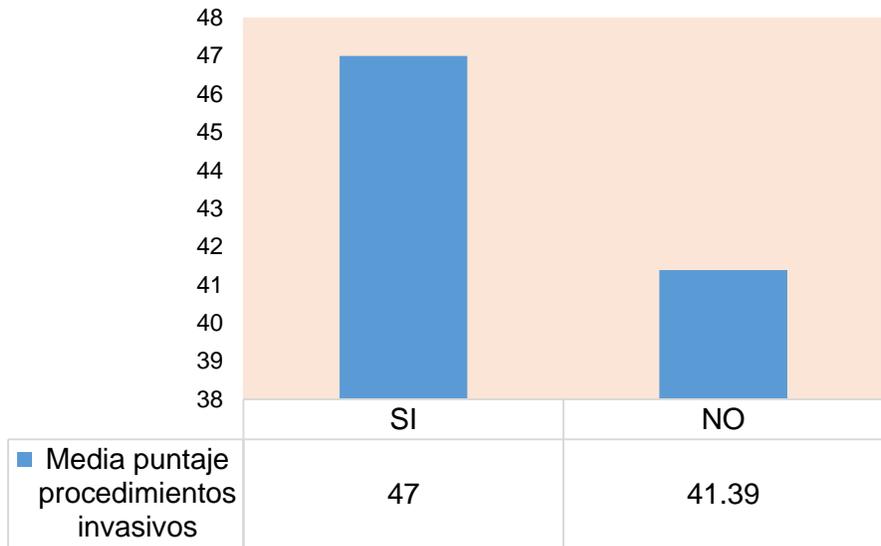
Además el puntaje de procedimientos invasivos del profesional de enfermería capacitado en preeclampsia es diferente del personal que no recibe enseñanza $t=2.446$, $gl= 21$, $p= 0.023$, la $Me=47\pm5$ del personal capacitado es mayor de quienes no recibieron capacitación con $Me=41\pm8$ por lo cual se acepta la hipótesis alterna. (Gráfico 4)

Gráfico 3. Comparación de puntaje de confort y capacitación



T Student = 2.364 p=0.034

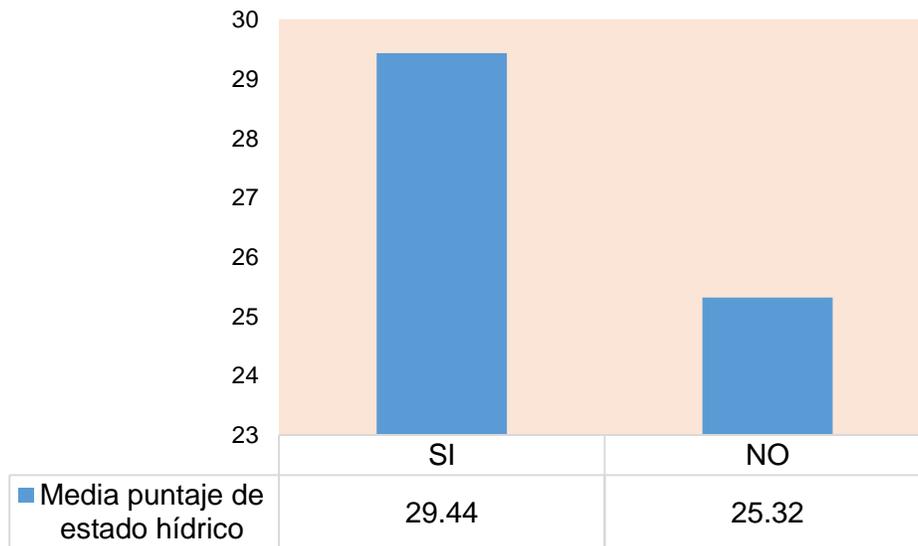
Gráfico 4. Comparación de puntaje de procedimientos invasivos y capacitación



T Student = 2.446 p=0.023

Todavía cabe señalar que el puntaje de estado hídrico y la capacitación de preeclampsia del personal de enfermería es diferente $t=2.395$, $gl= 38$, $p= 0.022$, por tal motivo los enfermeros que reciben capacitación en preeclampsia tienen una $Me=29\pm1$ en comparación de los que no reciben capacitación obtuvieron una $Me=25\pm5$ por lo cual es estadísticamente significativo. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Comparación de puntaje de estado hídrico y capacitación



T Student = 2.395 $p=0.022$

Por último la prueba estadística para evaluar el efecto de la intervención educativa fue estadísticamente significativa en el posttest; solo en la competencia de procedimientos invasivos y estado hídrico. (Tabla 15)

Tabla 15. Comparación en dimensiones del pretest y postest

COMPETENCIA	Pretest/Postest	
	Z	P
Procedimientos invasivo	-2.560	0.010
Estado hídrico	-2.218	0.027

Prueba de Wilcoxon

Tabla 16. Correlación de competencia clínica en aspectos sociodemográficos y laborales

VARIABLE	Competencia Signos vitales n=40	Competencia Estado de conciencia n=40	Competencia Confort n=40	Competencia Procedimientos Invasivos n=40	Competencia Estado hídrico n=40	Competencia Total n=40
Edad	rs= -.181 p=.265	rs= .100 p=.538	rs= 0.149 p= .358	rs=.223 p=.166	rs= .155 p= .341	rs= .107 p= .513
Escolaridad	rs= .156 p= .335	rs= -.160 p= .325	rs= -.361* p=.022 ^a	rs= -.387* p=0.14 ^b	rs= -.152 p= .349	rs= -.317* p= .046 ^c
Categoría	rs= 0.149 p= .359	rs=.486** p=.001 ^d	rs= 0.281 p= 0.079	rs=.437** p= .005 ^e	rs= 0.051 p= 0.754	rs=.268 p= 0.095
Antigüedad Laboral	rs= 0.007 p= 0.968	rs= -0.25 p= .880	rs= 0.094 p= 0.564	rs= .168 p= .300	rs= .123 p= .448	rs= .109 p= .504
Antigüedad Institucional	rs= 0.025 p= 0.878	rs= .235 p=.145	rs= .191 p= .239	rs= .268 p= .094	rs= .030 p= .853	rs= .154 p= .342
Antigüedad del servicio	rs= 0.165 p= .308	rs= .081 p= .621	rs= .196 p= .225	rs= .333* p= .036 ^f	rs= .114 p= .485	rs= .237 p= .140

*La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral).

En la prueba de correlación de Spearman: **(a)** se observa una relación débil inversamente proporcional entre la escolaridad con el nivel de competencia en dimensión confort; **(b)** existe una relación débil inversamente proporcional en la escolaridad y competencia de procedimientos invasivos; **(c)** sin embargo, hay una relación débil inversamente proporcional entre la escolaridad y competencia total; **(d)** preexiste una relación moderada directamente proporcional entre categoría laboral y competencia de estado de conciencia; **(e)** cabe señalar una relación moderada directamente proporcional de categoría laboral y competencia de procedimientos invasivos; **(f)** por ultimo una relación débil directamente proporcional de antigüedad del servicio y competencia de procedimientos invasivos. (Tabla16)

VI. DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue evaluar la competencia clínica de enfermería del personal en la gestión del cuidado en mujeres con preeclampsia; durante la fase de valoración en cuatro servicios: hospitalización ginecoobstetricia, unidad toco quirúrgica, unidad de cuidados intensivos y quirófano.

Sin embargo, en nuestra investigación la autoevaluación resultó efectiva para reflexionar la competencia clínica antes y después de la intervención, pese a que la capacitación del profesional, en el manejo de preeclampsia es escasa y la antigüedad en el servicio es menor de un año, factores que repercuten en el desempeño profesional dentro del contexto hospitalario.

En el caso que nos ocupó, los puntos de interés en la formación de profesionales de enfermería que proporcionan atención en su cotidiano a mujeres con preeclampsia son múltiples, entre los que se encuentran la medición e interpretación de la valoración hemodinámica, la evaluación del estado de conciencia, las medidas que garanticen el confort de la diada materno infantil, la instalación y mantenimiento de dispositivos invasivos y el control del estado hídrico.

La evidencia científica previa considera máximo tres dimensiones para el manejo de preeclampsia, como son la Guía de Práctica Clínica de intervenciones de enfermería en preeclampsia/eclampsia, el lineamiento técnico del triage obstétrico, el código mater y el equipo de respuesta inmediata obstétrica; que contemplan particularmente el estado de confort y el control del estado hídrico. Mientras que, la presente investigación contribuyó a enriquecer la competencia de signos vitales. Así mismo se identificaron dos adicionales *valoración del estado de conciencia y procedimientos invasivos*; consideradas como indispensables para proporcionar atención especializada, holística y ética dirigida a esta población.

Los hallazgos reportados muestran que el nivel de principiante está articulado por la antigüedad de las participantes, el turno, la categoría y el nivel de escolaridad. Coincidiendo con los factores que contribuyen al desarrollo de la competencia clínica según Benner⁷⁹, que están enfocadas en el contexto de la práctica clínica de enfermería, tomando en consideración la teoría de principiante a experto; donde la enfermera experta, ejecuta un cuidado especializado integrando su ética profesional; para facilitar la interpretación de situaciones clínicas que presenta una paciente con preeclampsia, donde el conocimiento se deriva de la experiencia, de forma diferente a una enfermera principiante.

Por lo tanto, la visión que aporta la experiencia y la pericia profesional, facilitan la interpretación de situaciones clínicas, de esta forma se advierte que la formación de la competencia, es un proceso de construcción complejo que implica constantes ajustes; en el devenir permanente de aprendizajes y saberes, por parte del sujeto que aprende. En este contexto existen factores, características e interacciones establecidas significativas y relevantes en cada paciente y profesional.

En alcance a lo planteado por Tabatabaeian, el efecto de la educación basada en simulación, en método mixto y método de conferencia, este último método demostró ser efectivo en dicha investigación⁶⁷. El éxito reportado por el autor fue en *el desempeño general de enfermería en la atención de preeclampsia*, mientras que para la presente investigación se reportó un incremento favorable del nivel de competencia de *procedimientos invasivos y estado hídrico*; no así para la totalidad de la competencia clínica de enfermería.

Coincidimos parcialmente con Sotunsa, quien valoró la competencia clínica en poblaciones de estudiantes de enfermería y residentes en ginecoobstetricia en primer nivel de atención y reportó que todos los participantes son *competentes* en la toma de tensión arterial⁶⁸. Mientras que en el presente estudio los profesionales enfermería que laboran en segundo nivel de atención alcanzaron un nivel de competencia *eficiente* en pretest y *experto* en postest.

En este mismo estudio se reporta la labor de los extensionistas de salud comunitaria, quienes regularmente identificaron síntomas relacionados con la preeclampsia, dolor de cabeza, edema y mareos.

Cabe destacar que los estudios de segundo nivel de atención, del personal profesional que ejerce un rol asistencial; en las instituciones gubernamentales de salud, son prácticamente nulos, por lo que el presente estudio es un aporte para implementar, la autoevaluación como eje de la reflexión en la competencia clínica de enfermería durante la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

Respecto al uso de sulfato de magnesio $MgSO_4$; en el manejo de preeclampsia es indispensable para evitar la presencia de crisis convulsivas y daño neuronal (edema cerebral); en el estudio de Sotunsa, el uso del electrolito fue influenciado por la experiencia y el entrenamiento de los profesionales. Al respecto, encontramos una divergencia con nuestros resultados, dado que no se observaron diferencias estadísticamente significativas, en la competencia de estado de conciencia; la cual incluye ítems sobre el manejo de $MgSO_4$, asociados a la escolaridad y antigüedad laboral.

Manoochehrih, encontró que mayor experiencia laboral; repercute positivamente en la competencia clínica. Lo que guarda similitud con nuestros resultados, ya que los participantes con experiencia laboral entre 1 y 20 años; presentaron puntuaciones medias que los sitúan en la competencia *eficiente*, mientras que el rango de 21 a 30 años de antigüedad presentaron un nivel de competencia *experto*⁶⁹.

Otro aspecto, es la capacitación sobre el manejo de preeclampsia donde el estudio de Soggiu, reportó que la mayoría de los participantes no había recibido capacitación, lo que coincide con los hallazgos de esta investigación. No obstante, la intervención educativa basada en la autoevaluación posiciona distinto a la competencia del personal de enfermería para brindar una atención especializada, holística y humanizada en la persona⁷⁰.

Respecto al estudio mencionado se reportaron exclusivamente el porcentaje de respuestas correctas obtenidas por el total de la población analizada, mientras que en la presente se marcó la diferencia entre los puntajes de los participantes con y sin capacitación previa. Sin embargo, Soggiu señala que una correcta identificación de la tensión arterial fue relativamente alta, lo que difiere de lo encontrado en el puntaje de los participantes con capacitación de la presente investigación que reportó un nivel de competencia clínica de *principiante*.

En cuestión a la ministración de anticonvulsivantes, Soggiu encontró un porcentaje moderado de respuestas correctas en su investigación, lo cual difiere de nuestros resultados, ya que los participantes con y sin capacitación de la presente, obtuvieron una mediana que los sitúa en el nivel *experto*.

Raney y colaboradores realizaron una intervención educativa mediante la simulación clínica para enfermeros aprendices en casos de preeclampsia/eclampsia, de acuerdo con nuestros resultados; hay una semejanza con su estudio en las barreras que influyen en la atención de mujeres con preeclampsia como son, capacitación continua en el manejo de preeclampsia y la identificación de criterios de severidad en dicha patología⁷¹. Por lo que se infiere que el diseño de la intervención educativa es un factor relevante que debe estudiarse a la luz de la autoevaluación.

Los estudios de Hilton, focalizados en la simulación para valorar el conocimiento del proveedor de atención médica en la preeclampsia y la eclampsia, donde todos los equipos llevaron a cabo el manejo del MgSO₄ adecuadamente, no coincide con lo reportado en este estudio ya que únicamente el 20% de los participantes llevaron a cabo siempre el manejo adecuado de MgSO₄⁷².

En la presente investigación se encontró un cumplimiento considerable, codificado como *siempre*, en el grupo pretest de la intervención educativa (20%) y aumento posttest; de la misma (30%). Lo que consideramos una similitud en el fenómeno de estudio⁸⁰. A diferencia de lo reportado por Pirkle en 2013 con respecto al cumplimiento considerablemente bajo en la habilidad del manejo del MgSO₄ entre el grupo control y el experimental.

VII. CONCLUSIONES

El profesional de enfermería que proporciona atención en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia; adjunto con el equipo interprofesional de salud en su práctica clínica, se enfoca en un cuidado humanizado, holístico y personalizado, para proporcionar una atención de calidad. La cual debe estar guiada en el respeto de la ideología y aspecto cultural en un contexto hospitalario de segundo nivel de atención, con la finalidad de identificar las respuestas humanas alteradas y preservar la homeostasis del binomio madre-hijo para evitar una muerte materna⁸¹.

La enfermería basada en la evidencia científica, la habilidad clínica, la actitud y los valores, son ejes para brindar el cuidado especializado a las mujeres que ingresan al servicio de gineco-obstetricia, pero en específico con criterios de severidad de preeclampsia. Es por ello que es indispensable evaluar la competencia clínica a través de la autoevaluación, para identificar fortalezas y debilidades de las intervenciones independientes e interdependientes del equipo interprofesional, con el propósito de emitir un juicio clínico de enfermería ante una emergencia obstétrica.

Por lo antes mencionado es importante que el profesional, enfoque su cuidado especializado en la evidencia científica, como es el caso de la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida y la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones de enfermería en preeclampsia y eclampsia, el lineamiento técnico del triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrico, para proporcionar una atención oportuna durante su estancia hospitalaria.

Durante el desarrollo de la presente investigación se buscó en primera instancia evaluar la competencia clínica de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia a partir de la elaboración del instrumento de autoevaluación y posteriormente se promovió la reflexión, en la práctica clínica tras una intervención educativa.

Dicha intervención se dirigió a los profesionales de enfermería, se centró en cinco tópicos relevantes en la fase de valoración de las mujeres con preeclampsia. La presente investigación hace un aporte metodológico con la inclusión de dichos tópicos, mismos que en pocas investigaciones actuales similares no son considerados en su totalidad.

De acuerdo con nuestros resultados que arrojó la intervención educativa orientada en la autoevaluación, muestra cambios significativos en la dimensión de procedimientos invasivos y estado hídrico. Sin embargo, la dimensión de confort se encuentra en un nivel de principiante avanzado, por lo cual en un futuro la investigación tendrá que enfocarse en dicha dimensión; con la finalidad de incrementar la competencia clínica en la atención de mujeres con preeclampsia.

Conviene subrayar que el método educativo de conferencia que se utilizó en la metodología de la investigación; fue significativo ya que incrementó el nivel de competencia total en la aplicación basal y posttest del profesional de enfermería que proporciona cuidado en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, por lo tanto, en el nivel de competencia fluctúan las variables de antigüedad, escolaridad y categoría.

Cabe recalcar que el método de conferencia es considerado un sistema educativo tradicional, porque utiliza una estrategia didáctica de presentación de conceptos orales emitidos por el instructor; para que el alumno desarrolle el proceso de autorregulación del aprendizaje a través del modelo cíclico de Zimmerman⁸² de tres fases que van desde la planificación hasta la autorreflexión; para identificar las fortalezas y debilidades de las funciones especializadas requeridas por el personal de salud.

La capacitación del personal de enfermería en el manejo de preeclampsia fue escasa, es importante investigar, si la formación permanente tiene efecto sobre el cuidado especializado, en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia en los espacios privado o gubernamental.

Además, el cuerpo de gobierno en las instituciones de salud debe proporcionar los insumos necesarios en relación de recurso humano, material, financiero y de capacitación; para la detección y manejo de preeclampsia, con el propósito de garantizar su competencia y proporcionar una atención especializada oportuna y eficaz, para disminuir el índice de mortalidad materna en el censo del servicio de unidad de cuidados intensivos adultos, que pertenece a un segundo nivel de atención salud, con el objetivo de aprobar el proceso de certificación de hospitales.

Sin embargo, los cursos obstétricos de emergencia basados en simulación que ofrece el Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se realizan prácticas de atención al parto para desarrollar habilidades psicomotoras, clínicas y comunicación efectiva del equipo interdisciplinario, favorece la seguridad del paciente y genera impacto en la calidad de atención al derechohabiente. Es necesario recalcar que la simulación clínica requiere de personal capacitado, infraestructura adecuada, dispositivos de alta fidelidad y entornos virtuales realistas para imitar los eventos clínicos que ocurren en un contexto hospitalario.

Conviene subrayar que la simulación, en países subdesarrollados enfrenta limitaciones financieras, el tiempo requerido para preparar escenarios, la falta de realismo en dichos escenarios y la ansiedad de los estudiantes al usar la simulación. A pesar de estas limitantes se debe de incluir; para fortalecer la educación de las parteras, profesionales de enfermería en formación, residentes de Gineco-obstetricia y anestesiología; con el propósito de incrementar su competencia en el manejo de emergencias obstétricas⁸³.

Por tal motivo, los estudios de simulación clínica reportados en la evidencia científica, consideran como población objetivo al estudiante de enfermería y es poca la literatura que se aboca a la autoevaluación del cuidado de enfermería en su ejercicio profesional; en un contexto hospitalario de segundo nivel de atención, para la identificación y manejo de preeclampsia.

Las limitaciones de este estudio fueron que la intervención educativa se realizó en un contexto no real. La autoevaluación tiene su alcance en un diseño pre-post, pero valdría una investigación longitudinal, para valorar el desarrollo de la competencia clínica en el tiempo y en la intervención exitosa; en pro de la salud de la madre y su producto, para disminuir la muerte materna y en una relación inversamente proporcional, incrementar la competencia clínica del personal que proporciona atención en preeclampsia. Además, incluir estudios con simulación clínica, como parte de formación profesional del personal en sedes y contextos de emergencia obstétrica.

7.1 Aportaciones a la disciplina y práctica de enfermería

Es importante integrar en el currículo de enfermería, la filosofía de Patricia Benner para contribuir en el desarrollo y formación integral del estudiante, con el propósito de establecer un perfil del egresado; enfocado en la competencia clínica, acorde con las complejidades maternas actuales. Por tal motivo el Instituto Mexicano del Seguro Social enfoca su plan de estudios, basado en competencias de los cursos que imparte a los trabajadores, orientado en metodologías educativas del proceso de aprendizaje del estudiante, con la finalidad de adquirir competencias profesionales, en la práctica clínica, que permitan, la asimilación paulatina de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para la atención; mediante la autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia; donde el profesional demuestre responsabilidad al otorgar los cuidados de enfermería ante una emergencia obstétrica.

Por lo anterior descrito las estrategias de aprendizaje estimulan, el desarrollo de habilidades a través del análisis, razonamiento y argumentación de las intervenciones de enfermería, en la práctica clínica generando autonomía, toma de decisiones y aprendizaje significativo en el desempeño profesional.

En este contexto, la formación académica de la profesión de enfermería, ha tenido transformaciones, para desarrollar en el profesional una competencia en el manejo de preeclampsia, en un segundo nivel de atención, y contribuir en la formación permanente, enfocado al cuidado holístico, especializado, personalizado y humanístico, para proporcionar una atención de calidad al binomio madre e hijo y contribuir en la disminución de la razón de mortalidad materna a nivel delegación suroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Con lo anterior se observa que la formación disciplinar, del conocimiento práctico es fundamental para el desarrollo de habilidades y destrezas del profesional de enfermería en el rol asistencial, para fundamentar las funciones independientes e interdependientes que se ejecutan, en el manejo de preeclampsia y evitar la aparición de complicaciones maternas, que afecten la fisiología de la mujer gestante y deterioro de la circulación materno-placentaria.

Por consiguiente, los patrones del conocimiento de Carper⁸⁴, se focalizan en el significado de la disciplina de enfermería, estableciendo el sustento teórico en cuatro fuentes básicas del conocimiento: empírico, ético, personal y estético⁸⁵. Hace referencia que el conocimiento empírico constituye la forma tradicional de los principios, leyes y teorías de aplicación general, mientras que el patrón ético se atañe al deber, valores morales, profesionales y derechos que rigen la práctica clínica. Por otra parte el conocimiento personal se enfoca a la construcción del “yo” en relación con el “otro” y se forja en el entorno de la experiencia interactiva con los demás. Por último, el patrón de conocimiento estético, personifica el significado subjetivo de las acciones, comportamientos, actitudes e interacciones del profesional de enfermería con el paciente.

Con base a lo anterior el saber práctico parte de la formación empírica de la enfermera y el desarrollo de la investigación para favorecer y enriquecer la teoría; para un desempeño óptimo, en la práctica clínica enfocado en el manejo de preeclampsia, con la finalidad de actuar con pertinencia en situaciones complejas; donde se presentan diversas dificultades, para dar solución de manera eficaz y eficiente; del mismo modo estas experiencias generan una motivación para actualización continua.

Es por ello que el entorno clínico, es importante en el quehacer profesional de enfermería, desde que se es aprendiz contribuye en su formación, permitiendo que exista más coherencia entre lo que se revisa en la literatura y lo que se aprende a diario en un contexto clínico donde proporciona atención oportuna y eficaz.

Por tal razón el desarrollo de la competencia clínica en la atención del manejo de preeclampsia incluye evaluar el ser (conocimiento), el saber (habilidad) y el saber hacer (actitud); para identificar sus fortalezas y debilidades en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia, con la finalidad de perfeccionar el nivel de competencia para proporcionar un cuidado especializado con la finalidad de llegar a la “experticie”.

Sin embargo, durante este proceso la enfermera debe enfrentar situaciones complejas, que la paciente presenta durante su estancia hospitalaria, por tal motivo debe reunir características específicas de un experto; de acuerdo al área de Gineco-Obstetricia, para desarrollar un plan de atención personificado, donde proporcione un cuidado especializado, mediante una valoración subsecuente del estado hemodinámico de la paciente con el objetivo de identificar oportunamente complicaciones maternas que repercutan en la homeostasis biológica, psicológica y espiritual de la persona.

No obstante, la filosofía de Patricia Benner⁸⁶ analiza el trayecto escolar e incorporación al ámbito laboral de enfermería. Durante este proceso surgen cambios de conducta; se van adquiriendo habilidades, para perfeccionar el desempeño profesional.

Por tal motivo la enfermera tiene que especializarse en un área determinada para proporcionar atención de calidad a la persona que demanda un cuidado holístico enfocado en principios éticos profesionales.

7.2 Aportación a la investigación

Es importante mencionar que la línea de investigación del presente estudio se inclina a la autoevaluación clínica, encaminada a la capacitación para mejorar las habilidades clínicas y no técnicas; como es el caso de la comunicación eficaz, el trabajo en equipo, el liderazgo y el uso efectivo del recurso humano y material; en el manejo del parto y complicaciones maternas.

Cabe señalar que los artículos científicos se orientan al primer y tercer nivel de atención de salud; dirigidos a residentes de obstetricia y anestesiología, enfermeras parteras y estudiantes de enfermería, con la finalidad de evaluar el conocimiento y habilidad en el escenario de simulación clínica en emergencias obstétricas.

Sin embargo, es mínima la literatura que se aboca a la autoevaluación del cuidado de enfermería en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia, en un segundo nivel de atención, orientado al profesional que ejerce un rol asistencial en el área de Gineco-Obstetricia, Unidad Toco Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) y Quirófano; con la finalidad de proporcionar una atención inmediata al derechohabiente.

Por lo antes descrito se debe promover en el contexto de la investigación, una cultura de autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia; con el propósito de ejercer una perspectiva autocrítica de las intervenciones de enfermería, en el manejo de preeclampsia, mediante la aplicación de políticas en salud; para fortalecer la organización institucional y proporcionar una atención de calidad.

7.3 Aportaciones a la especialidad en enfermería perinatal

La autoevaluación permite autorregular el aprendizaje en la práctica clínica de enfermería específicamente en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia; con el objetivo de crear confianza, en el actuar profesional de los enfermeros que proporcionan un cuidado personalizado, humanizado y con visión ética. Además genera seguridad, independencia y colaboración, con el equipo de respuesta inmediata obstétrico, para ejercer toma de decisiones, un juicio crítico reflexivo en la atención, con el propósito de diseñar un plan de cuidado especializado, que permita identificar el impacto de las intervenciones independientes e interpersonales; enfocadas en el manejo de preeclampsia.

Sin embargo, la competencia clínica a través de la autoevaluación, permite priorizar las respuestas humanas alteradas identificadas, durante la evaluación del Triage obstétrico en las mujeres gestantes, y reflexionar sobre las intervenciones que el talento humano proporciona, con la finalidad de crear un equilibrio de satisfacción; sin caer en la autocomplacencia que repercute en la calidad del cuidado holístico.

Se debe agregar que la autoevaluación, se debe difundir de manera efectiva, para analizar el desempeño profesional general y específico del cuidado de enfermería. Donde la enfermera (o), analice su desempeño en relación con lo que pudo haber hecho; en colaboración con el equipo de salud, para identificar las fortalezas, pero también las áreas potenciales de atención para mejorarlas.

Cabe señalar que la autoevaluación reconoce la capacidad, para gestionar situaciones y desafíos específicos, para analizar si las funciones que estoy ejecutando son las adecuadas, identificar si requiero de capacitación en alguna situación específica, valorar mis habilidades y actitudes para el manejo oportuno en preeclampsia.

No obstante, las emergencias obstétricas se presentan en embarazos de bajo riesgo sin previo aviso, motivo por el cual se requiere integrar el método de autoevaluación, en el manejo de preeclampsia del personal de enfermería; por ende se debe ejecutar intervenciones educativas dirigidas al profesional de enfermería, para mejorar la competencia clínica en el manejo de preeclampsia en instituciones de segundo nivel, con el propósito de proporcionar a las pacientes obstétricas una atención de calidad⁸⁷.

Por tal motivo se debe ejecutar un plan de cuidados de enfermería (PLACE) para establecer tareas específicas, donde dicho proceso requiere la supervisión continua de un experto, para identificar oportunamente criterios de severidad de preeclampsia, alteraciones hemodinámicas y/o complicaciones maternas; que se presenten en la evolución de la paciente; con la intención de proporcionar un cuidado especializado, fundamentado en valores éticos de la práctica profesional.

7.4 Aportaciones a las políticas públicas

La evaluación de competencia clínica de enfermería a través de la autoevaluación, para la fase de valoración en mujeres con preeclampsia en segundo nivel de atención permite identificar las debilidades, los obstáculos y fortalezas; que se presentan en el rol asistencial. Dicho proceso de evaluación contribuye a reflexionar, en las funciones que desempeña el profesional de enfermería, mediante la autoconciencia y autorregulación del aprendizaje significativo, para mejorar su desempeño profesional.

Lo anterior expuesto requiere una capacitación permanente, en la identificación y manejo de preeclampsia para adquirir conocimiento, habilidades y destrezas en emergencias obstétricas; con el objetivo de estandarizar normas enfocadas a la atención obstétrica y programas nacionales que vayan en función de un control prenatal subsecuente, Triage obstétrico eficaz, código mater oportuno y una respuesta inmediata del equipo interprofesional, ante una complicación obstétrica.

Con la finalidad de llevar un seguimiento del desempeño del personal calificado; invertir en los recursos necesarios que aseguren una atención de calidad, eliminar las barreras financieras, clases sociales y culturales; para asegurar el acceso universal de la atención a mujeres embarazadas en los países subdesarrollados.

Por su parte el sector salud, ha optado por la atención obstétrica de emergencia, como la estrategia central para disminuir la mortalidad materna, esto involucra precisamente la calificación de la competencia clínica del equipo interprofesional. Es importante señalar la implementación del Programa Oportunidades que promete, consulta prenatal de acuerdo a los estatutos que establece la NOM-007-SSA2-2016, donde dicha estrategia; debe iniciar por reconocer a los profesionales involucrados, para plantear así un escenario de invitación a sumarse al esfuerzo encaminado al abatimiento de la razón de mortalidad materna.

Mientras tanto la integración de la Agenda 2030, para el Desarrollo Sostenible, fundamento el Objetivo #3 para garantizar, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, para una atención del parto humanizado, por médicos, enfermeras u obstetras profesionales y capacitados ante la aparición de una emergencia obstétrica con el propósito de reducir la mortalidad materna e infantil.

VIII. RECOMENDACIONES

Con base en lo reportado en la literatura consultada, durante el desarrollo del presente trabajo, las observaciones derivadas del análisis de los datos recolectados y del alcance y limitaciones del mismo, proponemos para el desarrollo de futuras investigaciones las siguientes recomendaciones.

1. Respecto al enfoque: proponemos una evaluación complementaria a la autoevaluación por medio de co-evaluación y una evaluación con referente en la norma. (Estudio de sombra o tipo Check list).
2. Respecto al instrumento de evaluación: Debido a que cada instrumento es susceptible de mejora y éste a su vez debe ser modificado acorde a las características tiempo – espacio – cultura, de la población en quien será evaluada. Proponemos su utilización en grupos multicéntricos de profesionales, dedicados a la atención de mujeres con preeclampsia. Con la finalidad de identificar características clinimétricas que permitan su uso con mayor confiabilidad.
3. Respecto al método didáctico: El uso de la técnica de conferencia ofrece diversas ventajas, sin embargo, proponemos el desarrollo de investigaciones que comparen la efectividad de métodos educativos para identificar aquellos que son susceptibles de mayor efectividad y bajo qué condiciones se logra el éxito, por ejemplo, la simulación clínica; en profesionales que trabajan en un segundo nivel de atención, el uso de dispositivos de alta calidad y entornos virtuales para imitar el contexto de una emergencia obstétrica.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- González, G. Autoevaluación diagnóstica en enfermería. *Enferm. univ* [Internet]. 2019 [consultado 02 noviembre 2019]; 16(1):74-85. Disponible en: <http://bit.ly/2TnuuiA>
- 2.- Carrillo A, García L, Cárdenas C, Díaz I, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Rev. Enfermería Global* [Internet]. 2013 [citado 25 enero 2018]; 12(4): 346-361. Disponible en: <http://bit.ly/3atcoBm>
- 3.- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* [Internet]. 2016 [Access 01 January 2020]; 387(10017):462-74. Disponible en: <http://bit.ly/2TI3Ma4>
- 4.- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2014 [Access 03 January 2020]; 2:e323–333. Disponible en: <http://bit.ly/3t5rPJ2>
- 5.- Briceño C., Briceño L. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio? *Ginecol Obstet Mex.* [Internet]. 2006 [15 [Access February 2018]; 74(10):537-45. Disponible en: <http://bit.ly/3cBBrUr>
- 6.- Barrera A, Mancilla M, Román S, Rodríguez E, Villaláz A. Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de Enfermería en la Paciente con Preeclampsia/eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2013 [Consultado 17 febrero 2018]; 21(2):91-10. Disponible en: <http://bit.ly/2vBPI8A>
7. - Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2019 [Access 15 October 2019]; p. 32-42. Available at: <http://bit.ly/2PXFb95>

-
- 8.- Ponce B, Castañeda A. Avances en la educación: Las escuelas de enfermería del IMSS. La educación en salud en el IMSS. 1a ed. México: Cóndor; 2012. p.187-202
 - 9.- Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Rev CONAMED [Internet]. 2003 [Consultado 18 febrero 2018]; 18(3):104-110 Disponible en: <http://bit.ly/32TppRV>
 - 10.- Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. ed. 6ª. Barcelona. Elsevier Mosby; 2006. pp. 165-85
 - 11.- Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, Von Dadelszen P; Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertens [Internet]. 2014 [Access 01 March 2018]; 4(2):105-45. Available at: <http://bit.ly/30xzfsj>
 - 12.- Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2015 [Consultado 19 febrero 2018]; 37(4/5):351–9. Disponible en: <http://bit.ly/2VNNV5G>
 - 13.- Freyermuth G, Luna M, Muños J. Indicadores 2014. Mortalidad Materna en México: Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2016 pag. 103. [Internet] Disponible en: <http://bit.ly/2vKzYKW>
 - 14.- Souza J, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. Lancet. [Internet] 2013. [Access 02 March 2018]; 381(9879):1747-55. Available at: <https://bit.ly/2ONZ0lu>
 15. - Prado González ME. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de salud reproductiva. [Excel]. Análisis anual de mortalidad materna 2013-2015. Delegación Sur del Distrito Federal. México. 2015
 - 16.- Censo de ingresos de Gineco-Obstetricia a la UCIA del HGZ 1-A “Venados” periodo 2011-2015

17.- Ki-moon B. Objetivos del Desarrollo del Milenio: Informe 2015. En: Objetivo 5 Mejorar la salud materna. Copyright Naciones Unidas, Nueva York; 2015, p. 38-43. Disponible en: <http://bit.ly/3awGiVf>

18.- Burrow GM. Complicaciones médicas durante el embarazo. 4a. Ed. México: McGraw-Hill Panamericana; 1996, p.1-25

19.- Quirarte M, Carvajal A, Martínez G. Morbimortalidad por preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Rev Sanid Milit Mex [Internet]. 2013 [Consultado 19 enero 2018]; 67(6):233-238 Disponible en: <http://bit.ly/2wueTVg>

20.- Bezerra PC, Leao MD, Queiroz JW, Melo EM, Pereira FV, Nóbrega MH. Family history of hypertension as an important risk factor for the development of severe preeclampsia. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2010 [Access 19 January 2018]; 89(5):612-7. Disponible en: <http://bit.ly/3lbb1hk>

21.- James R, Chair M, Phyllis A, August M, Bakris G, Barton J, et al. Hypertension in Pregnancy Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol [Internet]. 2013 [Access 19 January 2018]; 122(5):1122-31. Available at: <https://bit.ly/2N9NQax>

22. - Larry C, Gilstrap MD, Ramin S. Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. International Journal of Gynecology Obstetric [Internet]. 2002 [Access 20 January 2018]; 77(1):67-75. Available at: <https://bit.ly/2OrgkNo>

23. - Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. [Internet]. 2008 [Access 20 January 2018]; 30(3):S1-2. Available at: <https://bit.ly/3qEFbdZ>

-
- 24.- Escobar B, Sanhuesa O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería Cuidados Humanizados* [Internet]. 2018 [Consultado 15 marzo 2018]; 7(1):57-72. Disponible en: <http://bit.ly/2TaEYIc>
- 25.- Pinto N. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. *Avances en Enfermería* [internet]. 2002 [Consultado 22 enero 2018]; 20(1):43-51. Disponible en: <http://bit.ly/2TaUoFW>
26. - Chinn PL, Kramer M. *Theory and Nursing: Integrater Knowledge Development*. 5th ed. Saint Louis: Mosby. 1999
- 27.- Landi N, Palacios M. La autoevaluación institucional y la cultura de la participación. *Revista Iberoamericana de Educación* [Internet]. 2010 [Consultado 22 febrero 2018]; 53:155-181 Disponible en: <https://bit.ly/3qzyZ6J>
- 28.- Urbina O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales en salud. *Rev Cubana Sal Pública* [Internet]. 2010 [Consultado 24 febrero 2018]; 36(2):165-174. Disponible en: <http://bit.ly/2vwn6lh>
- 29.- Tobón S, Rial A, Carretero M, García J. *Competencias, calidad y educación superior*. México: Master Copy, S.A. de C.V. 2014
- 30.- González R. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico* [Internet]. 2010 [consultado 25 febrero 2018]; (17):18-23. Disponible en: <http://bit.ly/38fYcKi>
- 31.- Barrera A. Mancilla M. Román S. Rodríguez E, Villaláz A. Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2013 [Consultado 21 mayo 2018]; 21(2):91-104 Disponible en: <http://bit.ly/2Tp2gDZ>

32.- Gómez, J. Competencias profesionales. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2015 [Consultado 01 Marzo 2018]; 38(1):49-55. Disponible en: <http://bit.ly/2lpSaMR>

33. - Benner P. Curricular and Pedagogical Implications for the Carnegie Study, Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. Asian Nursing Research [Internet]. 2015 [Accessed 01 March 2018]; 9(1):1-6. Available at: <https://bit.ly/30BX4zw>

34. - Benner P, Benner R. V. The clinical practice development model: making the clinical judgment, caring and collaborative work of nurses visible. En: Haag B. Clinical practice development: using novice to expert theory. Vol 22. Gaithersburg, Md. Aspen Publishers; 1999. pp. 17-42

35.- Díaz S, Zavala E, Ramírez C. Evaluación de las competencias en enfermería como reflejo de calidad y seguridad en la mujer embarazada. Rev CONAMED [Internet]. 2013 [Consultado 03 marzo 2018]; 18(3):104-110. Disponible en: <http://bit.ly/2TGidUX>

36.- Presentación del Gobierno de Canarias. Definición de Competencia Básica. [Internet] [consultado 22 septiembre 2018] Disponible en: <http://bit.ly/2VycbbE>

37.- Urbina O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales en salud. Rev Cubana Sal Pública [Línea]. 2010 [consultado 24 febrero 2018]; 36(2):165-174. Disponible en: <http://bit.ly/2vwn6lh>

38.- Tejada J, Ruiz C. Evaluación de competencias profesionales en Educación Superior: Retos e implicaciones. Educación XXI [internet]. 2016 [acceso 09 marzo 2018]; 19(1):17-38. Disponible en: <https://bit.ly/3l9GaBr>

39.- Llorens A, Olivella J, Llinas F. Análisis de las competencias profesionales y de las estructuras organizativas en el entorno de las tecnologías de la información y la comunicación [internet]. 2005 [acceso 10 de septiembre 2019]; p. 1-10. Disponible en: <http://bit.ly/2vsjhDW>

40.- Lévy C, Prieto J. Gestión de las competencias: cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas. Barcelona: Gestión 2000

41.- Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan [Internet]. 2014 [Acceso 13 mayo 2019]; 14(1):79-99. Disponible en: <http://bit.ly/3rH9dPn>

42. - Benner, P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer [Internet]. 2005 [Access 15 February 2018]; 24(3):188-199. Available at: <https://bit.ly/3rE6Rkn>

43. - Benner P; Tanner C; Chelsa C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. 2ª Ed. Nueva York: Springer Publishing; 2009

44.- Qayumi K, Pachev G, Zheng B, Ziv A, Koval V, Badie S, et al. Status of simulation in health care education: an international survey. Adv Med Educ Pract [Internet]. 2014 [Access 20 February 2019]; 5:457-67. Available in: <http://bit.ly/32D2zOy>

45.- Bello A. Efecto de las prácticas de laboratorio de simulación clínica sobre la adquisición de habilidades obstétricas en los estudiantes de medicina. [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina Instituto de Investigaciones Clínicas, 2017. [Consultado 16 febrero 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/3cjeYeN>

46.- Arribas AA. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. 1ª ed. Madrid: FUDEN; 2006. Disponible en: <http://bit.ly/2PE4QUb>

47.- Alfaro-LeFevre R. Visión general: que es el pensamiento crítico y porque es importante. En: Alfaro- LeFevre R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009. p. 2-17

48.- Rubio JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. *Enferm Cardiol* [Internet]. 2014 [consultado 23 febrero 2018]; (62):25-31. Disponible en: <http://bit.ly/2x27tsD>

49.- Berman A, Snyder SJ, Koziar B, Erb G. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. 8ª ed. Pearson Educación. 2008

50.- Santos R, López P, Sánchez R, Bardallo P, Fernández D. Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas. *Educ Med* [Internet]. 2011 [acceso 20 febrero 2018]; 14(2): 119-127. Disponible en: <https://bit.ly/34i0SHb>

51. - Noonan B, Duncan C. Peer and self-assessment in high schools. *Practical Assessment, Research y Evaluation* [Internet]. 2005 [Access 18 February 2018]; 10(17):1-8. Available in: <http://bit.ly/2vxOvK3>

52. - Zimmerman, B. J. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. En: Boekaerts M, Pintrich P, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. Capitol 2. Academic Press: Copyright; 2000. pp. 13- 40. Available in: <https://bit.ly/3rKTzmk>

53.- Cámara A, Baas M, Carrillo I. Formulación de un instrumento válido y confiable para la autoevaluación del desempeño de docentes de educación normal. Congreso nacional de investigación educativa. San Luis Potosí 2017 [Internet]. 2017 [Consultado 12 junio 2019]; pp. 1-10 Disponible en: <http://bit.ly/2wIzBq8>

54.- Herrera D, Sánchez S. La autoevaluación institucional y su relación con la acreditación universitaria desde la Dirección Educacional. *VARONA Revista Científico-Metodológica* [Internet]. 2013 [Consultado 08 marzo 2018]; (56):10-14. Disponible en: <http://bit.ly/3crMRKL>

55.- Rosário P, González JA, Pinto R, Ferreira P, Lourenço A, Paiva O. Efficacy of the program “Testas’s adventures” to promote the deep approach to learning. *Psicothema* [Internet]. 2010 [Accessed 01 August 2019]; 22(4):828-834. Available at: <http://bit.ly/2vr7Exl>

56. - Boekaerts M, Corno L. Self-Regulation in classroom: A perspective on assessment and intervention. *Applied Psychology. An International Review* [Internet]. 2005 [Accessed 02 August 2019]; 54(2):199-231. Available at: <http://bit.ly/3al7mH4>

57.- Rosário P, Costa M, Núñez JC, González J, Solano P, Valle A. Academic procrastination: Associations with personal, school, and family variables. *Spanish Journal of Psychology* [Internet]. 2009 [Accessed 03 August 2019]; 12(1):118-127. Available at: <http://bit.ly/3ctgv24>

58.-Schunk DH, Zimmerman BJ. *Motivation and Self-regulated learning. Theory, research and applications.* New York: Lawrence Erlbaum. 2008

59. - Poggi M. Evaluación Educativa. Sobre Sentido y Práctico. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa* [Internet]. 2016 [Consultado 06 marzo 2018]; 1(1):37-44 Disponible en: <http://bit.ly/38iY50O>

60.- Schunk DH, Zimmerman BJ. Modeling and self-efficacy influences on children’s development of selfregulation. En Wentzel K, Juvonen J. *Social motivation: Understanding children’s school adjustment.* New York: Cambridge University Press; 1996. Available in: <http://bit.ly/38B4Vi8>

61. - Crofts JF, Winter C, Sowterc MC. Practical simulation training for maternity care—where we are and where next. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2011 [Access 15 September 2019]; 118(3):11-16. Available in: <http://bit.ly/38B1MPv>

62.- Martínez O, Cruz S, Salvador R, Sánchez M. Simulación y seguridad en medicina materno infantil crítica. Rev Esp Pediatr [Internet]. 2016 [Consultado 17 Septiembre 2018]; 72(1):97-10. Disponible en: <http://bit.ly/2lz35E8>

63.- Shaneyfelt T, Baum K, Bell D, Feldstein D, Houston T, Kaatz S. et al. Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. JAMA [Internet]. 2006 [Accessed 03 May 2018]; 296(9):1116-1127. Available at: <http://bit.ly/3tfDh5d>

64. - Christian A, Krumwiede N. Simulation enhances self-efficacy in the management of preeclampsia and eclampsia in obstetrical staff nurses. Clin Simul Nurs. [Internet]. 2013; 9(9):369-77. Available at: <https://bit.ly/3l9xTxK>

65. - Dias G, Oliveira M. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013; 47(2):337-43. Available at: <http://bit.ly/38FKWPo>

66.- Garber A, Rao PM, Rajakumar C, Dumitrascu GA, Rousseau G, Posner GD. Sobredosis de sulfato de magnesio posparto: un escenario de simulación multidisciplinario e interprofesional. Cureus [Internet]. 2018 [consultado 22 mayo 2019]; 10(4):e24-46. Disponible en: <http://bit.ly/38fz4Dy>

67.- Tabatabaeian M, Kordi M, Dadgar S, Esmaeily H, Khadivzadeh T. Comparing the effects of simulation-based training, blended, and lecture on the simulated performance of midwives in preeclampsia and eclampsia. J Educ Health Promot [Internet]. 2018 [Accessed 19 October 2019]; 7:110. Available at: <http://bit.ly/3qFhhPe>

68.- Sotunsa JO, Vidler M, Akeju DO. et al. Community health workers' knowledge and practice in relation to preeclampsia in Ogun State, Nigeria: an essential bridge to maternal survival. Reprod Health [Internet]. 2016 [Accessed 20 October 2019]; 13:108. Available at: <http://bit.ly/3l9AUxG>

69.- Manoochehri H, Imani E, Atashzadeh F, Alavi A. Competence of novice nurses: role of clinical work during studying. *J Med Life*. [Internet]. 2015 [Accessed 21 October 2019]; 8 (4):32-38. Available at: <http://bit.ly/38mjpg23>

70.- Soggiu CL, Popovici D, Crauciuc E, Crauciuc D, Suciu N. Investigating Nurses' Knowledge about Preeclamptic Patients' Care in a Tertiary Care Centre in Romania. *Maedica* [Internet]. 2019 [Accessed 13 November 2019]; 14(3):227–232. Available at: <http://bit.ly/3aiZmGu>

71.- Raney JH, Morgan MC, Christmas A. et al. Simulation-enhanced nurse mentoring to improve preeclampsia and eclampsia care: an education intervention study in Bihar, India. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [Accessed 23 October 2019] 19:41-49. Available at: <http://bit.ly/2uXaEkM>

72.- Hilton G, Kay D, Carvalho B. Simulation Study Assessing Healthcare Provider's Knowledge of Preeclampsia and Eclampsia in a Tertiary Referral Center [Internet]. 2016 [Accessed 25 October 2019]; 11(1):25–31. Available at: <http://bit.ly/2x9gSPb>

73.- Ferreira MB, Silveira CF, Silva SR, Souza DJ, Ruiz MT. Nursing care for women with preeclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016; [Accessed 08 May 2018]; 50(2):320-330. Available at: <http://bit.ly/2OFIOD0>

74.- Barrera A, Mancilla M, Román S, et al. Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2013 [consultado 09 mayo 2018]; 21(2):91-104. Disponible en: <http://bit.ly/2vBPI8A>

75.- Barrera A, Román S, Rodríguez E, et al. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia y eclampsia. México: Secretaría de Salud, 2011. p.1-58 Disponible en: <http://bit.ly/32OFgBc>

76.- González NP, Ballardo MG, Domínguez IF. et al. Conocimiento de la enfermera en la atención al usuario con preeclampsia y eclampsia. *Enfermería Global* [Internet]. 2008 [consultado 10 mayo 2018]; 7(3):1-10. Disponible en: <http://bit.ly/2TCEdRX>

77.- Reglamento de la Ley General de Investigación en materia de Investigación para la Salud. Título Segundo: Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Diario Oficial de la Federación. 1983. Disponible en: <http://bit.ly/2VPcaAx>

78.- Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://bit.ly/38l4xEk>

79.- Benner P. *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo; 1987

80.- Pirkle CM, Dumont A, Traoré M, Zunzunegui MV. Effect of a facility-based multifaceted intervention on the quality of obstetrical care: a cluster randomized controlled trial in Mali and Senegal. *BMC Embarazo Parto* [Internet]. 2013 [Accessed 27 October 2019]; 13:24. Available at: <http://bit.ly/2Q23TW3>

81.- Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enfer* [internet]. 2009 [Accessed 28 October 2019]; 13(1):30-41. Available at: <https://bit.ly/2PKamYj>

82.- Panadero, E. Tapia, J. ¿Cómo autorregulan nuestros alumnos? Revisión del modelo cíclico de Zimmerman sobre autorregulación del aprendizaje. *Anales de Psicología* [Internet]. 2014 [Consultado 2 octubre 2019]; 30(2):450-462 Disponible en: <http://bit.ly/39yrk0V>

83.- Barros S, Ortega J, Peragallo N. Métodos de educación para la seguridad de los pacientes: los escenarios de simulación. En Roses M, Commeto M, Gómez P. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud; 2011. p.413-421 [Acceso 20 noviembre 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2wlgoiG>

84.- Navarrete A. Evidenciando el patrón de conocimiento estético a partir de la narrativa de enfermería. Horiz Enferm [Internet]. 2013 [Consultado 02 febrero 2020]; 24(1): 9-16. Disponible en: <https://bit.ly/35hyqFB>

85.- Durán M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir de conocimiento personal. Revista Aquichan [Internet]. 2005 [Consultado 02 febrero 2020]; 5(1):86-95. Disponible en: <https://bit.ly/3cZ7HjR>

86.- Brykczynski K. Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. España: Edide, S.L. 2005. pp.165-79

87.- Martínez O, Cruz S, Salvador R, Sánchez M. Simulación y seguridad en medicina materno infantil crítica. Rev Esp Pediatr [Internet]. 2016 [Consultado 17 Septiembre 2018]; 72(1):97-10. Disponible en: <http://bit.ly/2lz35E8>

X. ANEXOS

Anexo 1. Rúbrica de autoevaluación de la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia

CRITERIO/ NIVEL DE COMPE- TENCIA	33-58 puntos Principiante	59-84 puntos Principiante avanzado	85-110 puntos Competen- te	111-136 puntos Eficiente	Mayor a 137 puntos Experto
Signos vitales	<p>Registra las constantes vitales y casi siempre los anota en la hoja de enfermería.</p> <p>Las habilidades y actitudes desarrolladas son incipientes y requieren la supervisión de un experto.</p>	<p>Cuenta con conocimientos generales para valorar y registrar, en la mayoría de las ocasiones las constantes vitales y regularmente los anota en la hoja de enfermería.</p> <p>Las habilidades y actitudes requieren la supervisión de un tutor para la valoración clínica subsecuente.</p>	<p>Categoriza las constantes vitales emitiendo un juicio clínico para identificar alteraciones hemodinámicas.</p> <p>Cuenta con habilidades y actitudes críticas para la valoración clínica.</p>	<p>Identifica las alteraciones de las constantes vitales con la finalidad de priorizar su intervención independiente, interdependiente para proporcionar una atención oportuna.</p> <p>Las habilidades y actitudes son inherentes en su valoración clínica para proporcionar un cuidado enfermero especializado.</p>	<p>Muestra dominio clínico al identificar oportunamente las alteraciones hemodinámicas y proporciona, cuidado holístico durante la fase de valoración clínica a las pacientes. Utiliza la reflexión crítica para ejecutar su intervención independiente. Las habilidades y actitudes son inherentes en su valoración clínica para promover un cuidado enfermero especializado.</p>

<p>Estado de conciencia</p>	<p>Describe de manera general el estado de conciencia durante la fase de valoración. Las habilidades para identificar la respuesta ocular, verbal y motora son incipientes. Requiere de supervisión de un experto para evaluar el estado de alerta y para realizar el registro en la hoja de enfermería.</p>	<p>Identifica el estado de conciencia durante la fase de valoración. Las habilidades para identificar la respuesta ocular, verbal y motora permiten establecer un plan de cuidado general. Las actitudes son favorables para proporcionar un ambiente de confort.</p>	<p>Analiza el estado de conciencia y establece criterios para identificar alteración ante el estado de alerta durante la fase de valoración. Su juicio clínico permite discriminar situaciones de riesgo ante una posible intoxicación por sulfato de magnesio. Cuenta con habilidades para evaluar la respuesta ocular, verbal y motora que permiten un plan de cuidado específico. Las actitudes del profesional están dirigidas a proporcionar un ambiente de confort.</p>	<p>Clasifica las alteraciones del estado de conciencia, bradicardia, apnea, rubor facial, durante la fase de valoración. Su juicio clínico permite discriminar situaciones de riesgo ante una posible intoxicación de sulfato de magnesio. Sus habilidades clínicas permiten evaluar la respuesta ocular, verbal y motora para un plan de cuidado específico. Las actitudes del profesional están dirigidas a proporcionar un ambiente de confort.</p>	<p>Diseña un plan de cuidado especializado durante la fase de valoración con base en los registros y criterios de severidad de preeclampsia para contrarrestar la intoxicación por sulfato de magnesio. Su juicio clínico permite atender posibles complicaciones que ponen en riesgo la vida de la paciente. Las habilidades y actitudes son inherentes en su valoración clínica para proporcionar un cuidado enfermero especializado al paciente en estado crítico. Enaltece los valores éticos de la práctica profesional.</p>
------------------------------------	--	---	---	--	---

<p>Estado de confort</p>	<p>Memoriza los criterios de severidad de preeclampsia.</p> <p>Requiere supervisión de un experto para identificar hiperreflexia, auscultar FCF, solo por indicación médica proporcionar posición en decúbito lateral izquierdo y un ambiente tranquilo.</p> <p>Las habilidades y actitudes son incipientes.</p>	<p>Identifica en algunas ocasiones criterios de severidad de preeclampsia, hiperreflexibilidad ausculta, FCF por turno y registra en la hoja de enfermería dichas variables. Proporciona posición en decúbito lateral izquierdo y un ambiente tranquilo.</p> <p>Las habilidades y actitudes se enfocan en la valoración clínica.</p>	<p>Examina los criterios de severidad a través de un juicio clínico en la fase valoración. Identifica oportunamente hiperreflexia, alteraciones de la FCF, proporciona posición en decúbito lateral izquierdo y un ambiente de confort.</p> <p>Las habilidades y actitudes se dirigen en una valoración clínica subsecuente y registro oportuno de las complicaciones.</p>	<p>Prioriza las alteraciones hemodinámicas mediante la valoración clínica subsecuente y contrarrestar la intoxicación por sulfato de magnesio con la ministración del antídoto.</p> <p>Utiliza la autorreflexión en su intervención interdependiente con la finalidad de proporcionar una atención eficaz.</p> <p>Las habilidades y actitudes tienen relación con la evaluación clínica oportuna.</p>	<p>Argumenta los indicios de una intoxicación por sulfato de magnesio en su valoración clínica subsecuente y emite un pensamiento crítico para su intervención independiente de enfermería.</p> <p>Las habilidades y actitudes tienen un vínculo con la valoración oportuna y un cuidado enfermero especializado en preeclampsia</p> <p>Utiliza los valores éticos de la práctica profesional.</p>
---------------------------------	--	--	--	---	--

<p>Procedimientos invasivos</p>	<p>Instala un acceso periférico.</p> <p>Requiere de supervisión de un experto para identificar signos de flebitis e infiltración, llevar un control de líquidos estricto y valorar la presencia de proteinuria (tira reactiva labstix).</p> <p>Las habilidades y actitudes son incipientes.</p>	<p>Revisa la permeabilidad del acceso periférico, control del volumen urinario por turno y registra proteinuria.</p> <p>Las habilidades y actitudes se enfocan en la valoración clínica.</p>	<p>Verifica la presencia de signos de flebitis e infiltración del acceso venoso, control estricto del flujo urinario, anota las características macroscópicas de la uresis, registra proteinuria por turno.</p> <p>Las habilidades y actitudes se dirigen en una valoración clínica subsecuente</p>	<p>Examina la permeabilidad del acceso venoso, valora la presencia de criterios de edema agudo pulmonar, realiza el cálculo del volumen urinario. Control estricto de líquidos por hora.</p> <p>Las habilidades y actitudes se dirigen en una valoración clínica subsecuente y registro oportuno de las complicaciones.</p>	<p>Establece rangos de la permeabilidad del acceso venoso periférico, emite un juicio reflexivo para identificar criterios de severidad y complicaciones de preeclampsia</p> <p>Requiere autonomía para realizar sus intervenciones independientes.</p> <p>Las habilidades y actitudes tienen un vínculo con la valoración oportuna y un cuidado enfermero especializado en preeclampsia</p>
--	---	--	---	---	--

Estado hídrico	<p>Registra somatometría al ingreso, control de líquidos por turno, requiere de supervisión de un experto para identificar complicaciones.</p> <p>Las habilidades y actitudes son incipientes.</p>	<p>Revisa diariamente el peso de la paciente, realiza control de líquidos por turno e identifica edema en extremidades.</p> <p>Las habilidades y actitudes se enfocan en la valoración clínica.</p>	<p>Analiza los signos de retención hídrica, control estricto de líquidos, identifica signo de godet y valora la presencia de edema pulmonar.</p> <p>Las habilidades y actitudes se dirigen en una valoración clínica subsecuente</p>	<p>Resuelve oportunamente de acuerdo a la respuesta humana alterada.</p> <p>Valoración clínica subsecuente emite juicio clínico para identificar presencia de edema pulmonar y criterios de severidad de preeclampsia.</p> <p>Registra las alteraciones hemodinámicas en la hoja de enfermería.</p> <p>Las habilidades y actitudes se dirigen al registro oportuno de las complicaciones.</p>	<p>Juzga oportunamente la respuesta humana alterada e identifica las complicaciones de la preeclampsia emite un pensamiento reflexivo y juicio clínico en la valoración clínica subsecuente, realiza intervenciones independientes con el propósito de mantener una homeostasis.</p> <p>Las habilidades y actitudes tienen relación con proporcionar un cuidado enfermero especializado en preeclampsia</p>
	Total				

Adaptado de la Guía de Práctica Clínica 2013 "Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. México.



Anexo 2. Cuestionario de autoevaluación para Enfermería.

Elaborado por: L.E. Wendy Jiménez López y Dra. Graciela González Juárez (2018).

Se está realizando una investigación con el objetivo de evaluar los cuidados que brinda el personal de enfermería en la fase de valoración a mujeres con preeclampsia, en los servicios de UTQ. Qx. Hospitalización Gineco-Obstetricia, UCIA. Su participación es muy importante, los datos que aporte son confidenciales y solo con fines estadísticos. Agradecemos su participación.

Sección I. Aspectos sociodemográficos.

1. **Edad.** 20-30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 años, Más de 60 años.
2. **Sexo.** Mujer, Hombre.
3. **Estado Civil.** Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión Libre.
4. **Nivel Académico.** Técnico, Postécnico, Licenciatura, Especialización, Maestría,
 Doctorado.

Sección II. Aspectos Laborales.

5. **Categoría laboral:** Enfermera General, Especialista, Jefe de Piso.
6. **Servicio de adscripción:** Gineco-Obstetricia, Unidad Toco- Quirúrgica, Quirófano,
 Unidad de Cuidados Intensivos.
7. **Turno.** Matutino, Vespertino, Nocturno.
8. **Antigüedad laboral:** Menos de 1 año, 1 -10 años, 11 -20 años, 21 -30 años,
 Más de 30 años.
9. **Antigüedad institucional:** Menos de 1 año, 1 - 10 años, 11 - 20 años, 21 - 30 años,
 Más de 30 años.
10. **Antigüedad en el servicio:** Menos de 1 año, 1 - 5 años, 6 -10 años, Más de 10 años.

Sección III. Capacitación Profesional.

11. Ha tomado cursos de capacitación para atender mujeres con preeclampsia: Sí, No.

12. Institución donde los ha cursado: IMSS, SSA, ISSSTE, PEMEX, Privado,
 Otros (especificar)

13. Modalidad: Diplomado Monográfico Congreso En línea
 Otros (especificar)

14. Tiempo en que recibió la capacitación: Menos de 1 año, 1 a 5 años, 6 -10 años,
 Más de 10 años.

Sección IV. Cuidados de enfermería.

Marque con una X la opción que mejor refleje la frecuencia con que usted registra en la hoja de enfermería las intervenciones que brinda a las mujeres con preeclampsia, donde 1 equivale a NUNCA, 2 equivale a CASI NUNCA, 3 equivale A VECES, 4 equivale a CASI SIEMPRE y 5 a SIEMPRE.

4.1 Competencia signos vitales.

No	Afirmación	1	2	3	4	5
1	Verifico la tensión arterial c/ 2 horas.					
2	Checo la frecuencia respiratoria.					
3	Mido la frecuencia cardíaca.					
4	Tomo la temperatura corporal.					
5	Tomo y registro la saturación de oxígeno.					

4.2 Competencia estado de conciencia.

No	Afirmación	1	2	3	4	5
6	Valoro con la Escala de Glasgow.					
7	Identifico y registro cefalea (en caso de que la paciente lo refiera).					
8	Identifico y registro fosfenos (en caso de que la paciente lo refiera).					
9	Identifico y registro Epigastralgia (en caso de que la paciente lo refiera).					
10	Identifico y registro proteinuria mayor o igual a 2 gramos.					

4.3 Competencia estado de confort.

No	Afirmación	1	2	3	4	5
11	Valoro el reflejo osteotendinoso cada 30 minutos.					
12	Identifico la posible intoxicación de sulfato de magnesio (hiperreflexia) en la mujer con preeclampsia.					
13	Realizo la ministración de gluconato de calcio para contrarrestar la intoxicación.					
14	Coloco a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo.					
15	Tomo y registro la frecuencia cardíaca fetal con estetoscopio de pinar o Doppler.					
16	Proporciono un ambiente tranquilo con luz tenue, ventilación y comodidad.					

4.4 Competencia procedimientos invasivos.

No	Afirmación	1	2	3	4	5
17	Instalo dos vías periféricas con Angiocath No. 16 o 18.					
18	Verifico la permeabilidad del acceso periférico.					
19	Instalo sonda vesical de acuerdo (protocolo).					
20	Verifico la permeabilidad de la sonda vesical.					
21	Coloco la fijación en el muslo anterior.					
22	Coloco la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga.					
23	Cambio de bolsa recolectora de orina cada quince días.					
24	Realizo aseo perineal cada 8 horas.					
25	Controlo el volumen urinario cada hora.					
26	Tomo y registro proteinuria en la tira reactiva de orina cada 8 horas.					

4.5 Competencia de estado hídrico.

No	Afirmación	1	2	3	4	5
27	Registro el peso de la paciente a su ingreso.					
28	Valoro y registro el edema de miembros pélvicos (signo de Godet).					
29	Ausculto campos pulmonares.					
30	Realizo estricto control de líquidos.					
31	Vigilo el patrón respiratorio para identificar oportunamente cualquier complicación.					
32	Anoto todos los cuidados que proporciono en la fase de valoración en el registro clínico de enfermería.					

Anexo 3. Intervención educativa



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA ENFERMERÍA



Intervención educativa para la competencia clínica de enfermería: autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

La autoevaluación en la práctica clínica de enfermería desarrolla en el profesional habilidades para la reflexión crítica y autocrítica de su quehacer profesional cotidiano (“lo que hace” y “cómo lo hace”) lo cual permite identificar sus fortalezas y debilidades para cuestionar e indagar las fuentes de información necesarias para implementar las intervenciones de enfermería pertinentes en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, con el objetivo de empoderar un cuidado humanizado y holístico que influya adecuadamente en el proceso hemodinámico del estado de salud de las pacientes.

Por tal motivo empoderar la práctica clínica permite reflexionar y generar un juicio crítico en el quehacer de enfermería mediante la autoevaluación con el propósito de fundamentar el conocimiento, habilidad y actitud para proporcionar un cuidado de calidad en la mujer con preeclampsia, dicha competencia está enfocada en los saberes básicos (saber ser, saber hacer, saber disciplinar y saber convivir) los cuales constituyen el pilar del conocimiento integral que ayuda a perfeccionar y dar impacto al cuidado profesional.

Sin embargo, la autoevaluación permite analizar las intervenciones de enfermería y el nivel de aprendizaje respecto de los objetivos de la acción formativa. En base a lo referido por Pérez (1997), la autoevaluación se caracteriza por la participación directa del profesional de enfermería, para generar un aprendizaje autónomo; generar un compromiso y responsabilidad en su práctica profesional con la finalidad de proporcionar una atención oportuna y eficaz.¹

Cabe mencionar, que se contara con un equipo de trabajo, para implementar la intervención educativa; integrado por un ginecólogo experto en la temática, y la participación primordial de licenciados y especialistas de enfermería; en orientación perinatal, con el propósito de incrementar la competencia clínica; mediante la autoevaluación de las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería en la gestión del cuidado de pacientes con preeclampsia y una pedagoga para enfocar el empoderamiento en la práctica clínica.

A continuación, se describe el proceso de la intervención educativa, la cual está dirigida al profesional de enfermería que proporciona un cuidado en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia, en los servicios de Unidad Toco Quirúrgica, Quirófano, Hospitalización Gineco-Obstetricia y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, dicha intervención se llevara a cabo en el Hospital General de Zona 1-A “Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías”, en el período del 05 al 08 de febrero del 2019.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA ENFERMERÍA



Intervención educativa para la competencia clínica de enfermería: autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

Modalidad:	Capacitación
Horario del Programa:	8 – 15 horas
Duración de la intervención educativa:	14 horas

OBJETIVO GENERAL:

Implementar la autoevaluación, en la gestión del cuidado de enfermería en manejo de preeclampsia, durante la fase de valoración con la finalidad de perfeccionar la competencia clínica del profesional, en los servicios de la Unidad Toco – Quirúrgica, Quirófano, Hospitalización Gineco-Obstetricia y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

ÍNDICE TEMÁTICO		
	TEMA	HORAS TEÓRICAS
1	Elementos teóricos de preeclampsia.	1 hora
2	Marco Legal.	1 hora
3	Triage Obstétrico.	1 hora
4	Código Máter.	2 horas
5	Farmacología obstétrica.	1 hora
6	Intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia.	2 horas
7	Empoderamiento de la práctica clínica de enfermería en preeclampsia.	1 hora
8	Autoevaluación de la intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia.	1 hora
9	Caso clínico de preeclampsia.	2 horas

CONTENIDO TEMÁTICO	
Tema y subtemas	
1	<p>Elementos teóricos de preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto preeclampsia. • Etiología. • Factores de riesgo. • Fisiopatología. • Cuadro clínico. • Diagnóstico. • Tratamiento.
2	<p>Marco Legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. • Guía Práctica Clínica: Intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. • NOM-004-SSA3-2012. Expediente clínico. • NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
3	<p>Triage Obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad materna. • Organización Mundial de la Salud: Principales causas de muerte materna. • Objetivos de Desarrollo del Milenio: Mejorar la Salud Materna • Funciones de la Enfermera Perinatal y/o Licenciada en Enfermería y Obstetricia.
4	<p>Código Máter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Lineamiento técnico de código máter. • Funciones específicas del equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

5	<p>Farmacología obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caja Obstétrica. • Principales antihipertensivos: Farmacodinamia y farmacocinética
6	<p>Intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso Atención Enfermería. • Etapa valoración. • Valoración hemodinámica.
7	<p>Empoderamiento de la práctica clínica de enfermería en preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo estructural. • Fetterman: Fortalecer ciclos de reflexión y pensamiento crítico. • Cuidado humanizado: Práctica basada en la evidencia.
8	<p>Autoevaluación de la intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje autónomo. • Sentido autocrítico. • Cultura de la autoevaluación. • Práctica profesional reflexiva.
9	<p>Aplicación de Caso clínico de preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar una reflexión crítica • Autoevaluación de la intervención de enfermería. • Empoderar la práctica clínica de enfermería en preeclampsia.

Estrategias didácticas	Evaluación del Aprendizaje	
Exposición	Autoevaluación	80%
Trabajo en equipo	Participación	10%
Aplicación de caso clínico	Asistencia	10%
Total		100%



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1- A “DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS”

CDMX 05 al 06 febrero del 2019

Intervención educativa para competencia clínica de enfermería: Autoevaluación en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

PROGRAMA

HORARIO	ACTIVIDAD	PARTICIPANTE
8:00 – 8:15	Registro de asistentes	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
8:15 – 8:30	Bienvenida	Dra. María de Lourdes González Hernández (Directora) Lic. María de los Ángeles Olguín Hernández (Jefa Enfermería) Dr. Fernando Franco Vargas (Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud) Lic. Enf. María Elena Varela Velázquez (Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería y Técnicos de la Salud)
8:30 – 9:30	Elementos teóricos de preeclampsia	Dr. Roberto Carlos Ayala Posadas
9:30 – 10:30	Marco Legal de preeclampsia	Lic. Enf. Anguiano Alva Urbino Antonio
10:30 – 11:00	Ambigú	
11:00 – 12:00	Triaje Obstétrico	EEP. Tania Mancilla Cruz
12:00 – 14:00	Código Máter	EEP. Tania Mancilla Cruz
14:00 – 14:10	Receso	
14:10 – 15:00	Farmacología obstétrica	Lic. Enf. Wendy Jiménez López

Lic. Enf. Wendy Jiménez López

Profesor Titular

Dra. Graciela González Juárez

Profesor Adjunto



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1- A “DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS”

CDMX 05 al 06 febrero del 2019

Intervención educativa para la competencia clínica de enfermería: Autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

PROGRAMA

HORARIO	ACTIVIDAD	PARTICIPANTE
8:00 – 8:10	Registro de asistencia	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
8:10 – 10:10	Intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia.	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
10:10 – 10:40	Ambigú	
10:40 – 11:40	Empoderamiento de la práctica clínica de enfermería en preeclampsia.	Dra. Graciela González Juárez
11:40 – 12:40	Autoevaluación de la intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia.	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
12:40 - 13:00	Receso	
13:00 – 14:00	Aplicación de caso clínico de preeclampsia	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
14:00 – 14:30	Autoevaluación del cuidado de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia	Profesionales de enfermería
14:30 – 14:50	Entrega de constancia	Dra. Graciela González Juárez Dra. Lubia Velázquez López
14:50 – 15:00	Clausura	Cuerpo gobierno

Lic. Enf. Wendy Jiménez López

Profesor Titular

Dra. Graciela González Juárez

Profesor Adjunto



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1- A “DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS”

CDMX 07 al 08 febrero del 2019

Intervención educativa para competencia clínica de enfermería: Autoevaluación en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

PROGRAMA

HORARIO	ACTIVIDAD	PARTICIPANTE
8:00 – 8:15	Registro de asistentes	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
8:15 – 8:30	Bienvenida	Dra. María de Lourdes González Hernández (Directora) Lic. María de los Ángeles Olguín Hernández (Jefa Enfermería) Dr. Fernando Franco Vargas (Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud) Lic. Enf. María Elena Varela Velázquez (Subjefe de Educación e Investigación en Enfermería y Técnicos de la Salud)
8:30 – 9:30	Elementos teóricos de preeclampsia	Dr. Roberto Carlos Ayala Posadas
9:30 – 10:30	Marco Legal de preeclampsia	Lic. Enf. Anguiano Alva Urbino Antonio
10:30 – 11:00	Ambigú	
11:00 – 12:00	Triaje Obstétrico	EEP. Tania Mancilla Cruz
12:00 – 14:00	Código Máter	EEP. Tania Mancilla Cruz
14:00 – 14:10	Receso	
14:10 – 15:00	Farmacología obstétrica	Lic. Enf. Wendy Jiménez López

Lic. Enf. Wendy Jiménez López

Profesor Titular

Dra. Graciela González Juárez

Profesor Adjunto



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ 1- A “DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS”

CDMX 07 al 08 febrero del 2019

Intervención educativa para la competencia clínica de enfermería: Autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

PROGRAMA

HORARIO	ACTIVIDAD	PARTICIPANTE
8:00 – 8:10	Registro de asistencia	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
8:10 – 10:10	Intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia.	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
10:10 – 10:40	Ambigú	
10:40 – 11:40	Empoderamiento de la práctica clínica de enfermería en preeclampsia.	Dra. Graciela González Juárez
11:40 – 12:40	Autoevaluación de la intervención de enfermería en las mujeres con preeclampsia.	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
12:40 - 13:00	Receso	
13:00 – 14:00	Aplicación de caso clínico de preeclampsia	Lic. Enf. Wendy Jiménez López
14:00 – 14:30	Autoevaluación del cuidado de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia	Profesionales de enfermería
14:30 – 14:50	Entrega de constancia	Dra. Graciela González Juárez Dra. Lubia Velázquez López
14:50 – 15:00	Clausura	Cuerpo gobierno

Lic. Enf. Wendy Jiménez López

Profesor Titular

Dra. Graciela González Juárez

Profesor Adjunto

Anexo 4. Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Competencia Clínica de Enfermería: Autoevaluación en la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México D.F. 05 al 08 de febrero 2019
Número de registro:	2018-3701-036
Justificación y objetivo del estudio:	Las competencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con preeclampsia, son de utilidad, para proporcionar un cuidado holístico y facilitar que la paciente se incorpore en su contexto familiar, ámbito laboral, social y cultural. El objetivo del proyecto es evaluar la competencia clínica de enfermería a través de la autoevaluación con el propósito de autorregular el aprendizaje e identificar fortalezas y debilidades en su actuar profesional.
Procedimientos:	Se aplicara una intervención educativa para evaluar la competencia clínica de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.
Posibles riesgos y molestias:	Dicho proyecto es considerado sin riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud; así como a la declaración de Helsinki.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se identificarán las áreas de oportunidad e implementar estrategias, encaminadas a mejorar la competencia clínica en la gestión del cuidado de enfermería en manejo de preeclampsia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de requerir información de sus resultados, podrá solicitarlos con la responsable del proyecto. El informe final del proyecto se proporcionará a la jefatura de enfermería.
Participación o retiro:	Conserva el derecho de retirarse del estudio, en el momento que lo considere conveniente, sin que la afecte laboralmente.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales así como los datos obtenidos de la cédula son confidenciales. Los resultados del proyecto serán solamente para fines estadísticos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	No aplica
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Lic. Wendy Jiménez López, Matrícula: 99383534, HGZ 1-A Venados, Tel: 5576367047, wmancillaster@gmail.com
Colaboradores:	Dra. en ciencias Luvia Velázquez López Matrícula: 99370575 Unidad de Investigación Adscripción: Hospital Regional Carlos Mac. Gregor Sánchez Navarro. Teléfono: 56 39 58 22. luvia2002@yahoo.com.mx Dra. Pedagogía Graciela González Juárez, Unidad de investigación y docencia, UNAM. Teléfono: 56 55 22 98. ggj102@yahoo.com.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Wendy Jiménez López
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio