

Autoevaluación reflexiva de personal de enfermería para mejorar las competencias clínicas en la valoración de mujeres con preeclampsia

Investigación
Vol. 34
Núm. 4

Reflective self-assessment by nursing staff to improve clinical competencies in the assessment of women with preeclampsia

Wendy Jiménez-López^{1a}, Eduardo Velázquez-Moreno^{2b}, Luvia Velázquez-López^{3c}, Graciela González-Juárez^{4d}, María Juana Montes-Martínez^{1e}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 1-A Rodolfo Antonio de Mucha Macías, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Ciudad de México, México

²Universidad ICEL (International College for Experienced Learning), Campus Ermita, Carrera de Enfermería. Ciudad de México, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional Carlos MacGregor Sánchez Navarro, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Ciudad de México, México

⁴Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería. Ciudad de México, México

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del IMSS-2018-3701-036

Doi: 10.5281/zenodo.23165508

Resumen

ORCID

0000-0001-6797-8853^a

0000-0003-4630-4758^b

0000-0002-1189-3399^c

0000-0003-4998-3653^d

0009-0002-1064-7978^e

Palabras clave (DeCS):

Competencia Clínica
Programa de Autoevaluación
Enfermería Obstétrica
Preeclampsia

Keywords (DeCS):

Clinical Competence
Self-Evaluation Programs
Obstetric Nursing
Pre-Eclampsia

Correspondencia:

Eduardo Velazquez Moreno

Correo electrónico:

eduardovemo3@gmail.com

Fecha de recepción:

14/11/2025

Fecha de aceptación:

21/05/2026

Introducción: la enfermería obstétrica desempeña un rol crucial como la primera línea para la aplicación de protocolos de respuesta rápida como el Triage Obstétrico y el Código Máter.

Objetivo: determinar la efectividad de una intervención educativa de autoevaluación reflexiva con el fin de analizar el desarrollo de competencias clínicas del personal de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

Metodología: estudio preexperimental pretest y posttest con una intervención educativa en un grupo de 40 enfermeras. Se utilizó el instrumento de Autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel, estructurado con 5 competencias esenciales y 32 ítems y consistencia interna de $\alpha = 0.923$. Análisis descriptivo e inferencial.

Resultados: las competencias clínicas de procedimientos invasivos ($p = 0.010$) y estado hídrico ($p = 0.027$) fueron estadísticamente significativas. Al comparar las competencias con otras variables de interés, se encontró diferencia significativa en la competencia de procedimientos invasivos ($p = 0.028$) con el grado académico.

Conclusión: la intervención educativa con personal de enfermería enfocada en la autoevaluación reflexiva demostró ser una estrategia efectiva para consolidar e incrementar el dominio de las competencias clínicas de carácter técnico-procedimental, con base en la mejora estadísticamente significativa de las dimensiones críticas de *procedimientos invasivos* y *estado hídrico*.

Abstract

Introduction: Obstetric nursing plays a crucial role on the front lines of implementing rapid response protocols, such as Obstetric Triage and the “Código Mater” (Maternal Code).

Objective: To determine the effectiveness of an educational intervention based on reflective self-assessment in analyzing the development of clinical competencies among nursing staff during the assessment phase for women with preeclampsia.

Methodology: A pre-experimental pretest-posttest study involving an educational intervention with a group of 40 nurses. The study utilized the “Nursing Self-Assessment in the Assessment of Women with Preeclampsia” instrument—designed for a secondary-level hospital—which comprises 5 essential competencies and 32 items, with an internal consistency of $\alpha = 0.923$. Descriptive and inferential analyses were performed.

Results: Improvements in clinical competencies regarding invasive procedures ($p = 0.010$) and fluid status ($p = 0.027$) were statistically significant. When comparing competencies with other variables of interest, a significant difference was found regarding the invasive procedure’s competency ($p = 0.028$) in relation to academic degree.

Conclusion: An educational intervention for nursing staff focused on reflective self-assessment proved to be an effective strategy for consolidating and enhancing mastery of technical-procedural clinical competencies, as evidenced by statistically significant improvements in the critical dimensions of invasive procedures and fluid status.



Introducción

La preeclampsia es definida como un trastorno multisistémico y multiorgánico que complica el embarazo, caracterizándose principalmente por la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación.^{1,2} Pese a los avances en la atención obstétrica, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo se mantienen como una de las principales causas de morbilidad, mortalidad materna y perinatal a nivel global.³ Dichos trastornos hipertensivos son la causa de aproximadamente el 16% de las muertes maternas a nivel mundial⁴ y esta proporción puede duplicarse en países en desarrollo, llegando a ser la segunda causa de muerte materna en regiones como América Latina y el Caribe.^{5,6}

En México, los trastornos hipertensivos representan un problema crítico de salud pública y una de las primeras causas de muerte materna absoluta. Datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología revelan que la preeclampsia y la eclampsia concentran de manera persistente entre el 15% y 20% de los decesos maternos anuales en el país.⁷ En este contexto, en los lineamientos de la Secretaría de Salud se enfatiza que la identificación oportuna, en el segundo nivel de atención, de los factores de riesgo y los criterios de severidad constituye el eslabón más vulnerable para prevenir desenlaces fatales.⁸

La mortalidad se relaciona directamente con el desarrollo de complicaciones severas como la eclampsia, el síndrome de HELLP y la lesión renal aguda; todas dependen de una valoración y manejo oportunos.⁹ La magnitud y trascendencia radican en que la progresión hacia dichos estados críticos depende, en su totalidad, de la oportunidad y precisión de la valoración inicial. Una competencia clínica deficiente o tardía en el escrutinio de signos predictivos no solo perpetúa el subdiagnóstico, sino que también retrasa la activación de protocolos de emergencia, elevando exponencialmente los costos institucionales y los años de vida perdidos por incapacidad o muerte materna. Ante este panorama, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos en México han fortalecido los sistemas de salud¹⁰ con enfoque en la formación y mejora de las habilidades del personal de enfermería como una estrategia costo-efectiva para la reducción de la mortalidad materna.^{11,12}

La enfermería obstétrica desempeña un rol crucial como primera línea de defensa para la identificación temprana, la monitorización continua y la aplicación de protocolos de respuesta rápida como el Triage Obstétrico¹³

y el Código Mater.¹⁴ Por lo tanto, para el desempeño de estas funciones se requiere una competencia clínica robusta, especialmente en la fase de valoración de la preeclampsia con la medición precisa de los signos vitales,¹⁵ incluida la tensión arterial y el balance hídrico; así como el reconocimiento de síntomas sutiles y la ejecución segura de procedimientos invasivos alineados con las guías de práctica clínica actualizadas.^{16,17}

Al respecto, diversas metodologías de capacitación han demostrado ser efectivas en el fortalecimiento de competencias para la salud materna, como la simulación clínica,¹⁸ la educación basada en casos¹⁹ y los programas formativos multimodales.²⁰ Sin embargo, se ha identificado una brecha en la literatura: el número de estudios que abordan la mejora de la valoración de la mujer con preeclampsia es limitado, específicamente como una competencia clínica medible y estructurada.^{21,22} En este sentido, una herramienta clave en la adquisición de experiencia es el proceso de autoevaluación, que permite a los profesionales reflexionar críticamente sobre su propio desempeño,²³ como un punto de partida fundamental para medir la competencia previa a la intervención y construir aprendizajes significativos.^{24,25}

Al mismo tiempo, la teoría de Patricia Benner, conocida como el modelo de “Principiante a Experto” (*From Novice to Expert*), describe cómo los profesionales de enfermería adquieren habilidades clínicas y juicio práctico a través de la experiencia acumulada. Su relevancia consiste en distinguir objetivamente la etapa de la trayectoria del personal de enfermería, diferenciando el conocimiento derivado de la experiencia de la mera aplicación de reglas.^{26,27}

Cabe señalar que la fase empírica del presente estudio y la recolección de los datos cuantitativos se llevó a cabo en el año 2019. El marco teórico, el estado del arte y la discusión de esta investigación fueron rigurosamente actualizados y validados con literatura científica publicada hasta el año 2024. Esta actualización garantiza que el contraste de nuestros hallazgos se mantiene en total vigencia conceptual y pertinencia frente a los estándares internacionales y nacionales de la práctica de enfermería contemporánea.

En esta lógica, la brecha de conocimiento local se define con mayor precisión en el contexto de los hospitales de segundo nivel en la Ciudad de México, con la ausencia de evidencias científicas publicadas que evalúen el impacto de intervenciones formativo-reflexivas basadas en el binomio de la autoevaluación guiada y el modelo de Benner, y enfocadas en la mejora de la competencia procedimental en la valoración de la preeclampsia.²⁸

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de una intervención educativa teórico-práctica fundamentada en la autoevaluación reflexiva y el modelo de Patricia Benner, con el fin de analizar el desarrollo de la competencia clínica del personal de enfermería en la fase de valoración de mujeres con preeclampsia.

Metodología

Para una comprensión integral del flujo intrahospitalario de la paciente, el estudio integró de manera lógica y secuencial los servicios de la Unidad Tocoquirúrgica (primer contacto de urgencia médica), el Quirófano (resolución quirúrgica), la Unidad de Cuidados Intensivos (manejo de la complicación crítica) y el servicio de Gineco-Obstetricia (seguimiento posquirúrgico y puerperal) en un hospital de segundo nivel de atención de la Ciudad de México.

Diseño del estudio

El propósito fundamental de este diseño fue evaluar el efecto de una intervención educativa orientada a la autoevaluación reflexiva para analizar el desarrollo de la competencia clínica de enfermería durante la fase de valoración en mujeres con preeclampsia.

Se realizó un estudio con diseño preexperimental pretest y posttest con un solo grupo. Aunque este abordaje metodológico comparte principios con la investigación cuasiexperimental al manipular una variable independiente (intervención educativa) sin asignación aleatoria, la inclusión de un grupo único intacto y preexistente delimita su taxonomía precisa dentro de los preexperimentos; una adecuación metodológica ampliamente permisible y rigurosa en entornos de educación médica y clínica de campo donde la conformación de un grupo control no es factible ni ética.

Para salvaguardar rigurosamente el principio bioético de confidencialidad y mantener el anonimato institucional, el estudio se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al sector público de la Ciudad de México. La aplicación de la medición basal (pretest) se efectuó del 05 al 08 de febrero de 2019, mientras que la medición final (posttest) se ejecutó tres meses posteriores a la culminación de la fase educativa.

Población y muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia o intencional, seleccionando activamente a los sujetos que cumplieran con los criterios de elegibilidad dentro de los servicios participantes. El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula de estimación de proporciones para un solo grupo, con base en una diferencia esperada del 60%, un poder estadístico del 80% y un nivel de confianza del 95%, lo que determinó una muestra final de 40 participantes.²⁹

Se incluyó a personal de enfermería con contratación de base, con categoría laboral de enfermera general, enfermera especialista y enfermera jefa de piso, de los turnos laborales matutino, vespertino y nocturno; dicho personal se desempeñaba en la atención directa para la identificación y manejo de mujeres con preeclampsia en los servicios de Gineco-Obstetricia, Unidad Tocoquirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Quirófano.

No se incluyó a personal de enfermería en periodo vacacional, beca íntegra, licencia médica, comisión sindical o institucional, falta injustificada, con categoría laboral de auxiliar de enfermería, ni a quienes manifestaron su deseo explícito de no participar. Como criterios de eliminación, se estipuló el retiro de los instrumentos de medición con respuestas incompletas en al menos un 90% o que no completaran el 90% de asistencia a la intervención educativa.

Variables de estudio

La variable de intervención fue la estrategia educativa orientada a la autoevaluación reflexiva.

Las variables dependientes e intervinientes recolectadas correspondieron a cuatro ejes analíticos fundamentales: *variables sociodemográficas* (edad y sexo), *variables profesionales* (grado académico máximo alcanzado: licenciatura, especialidad, maestría), *variables laborales* (tipo de contratación de base, categoría laboral: enfermera general, enfermera especialista, enfermera jefa de piso), turno laboral asignado (matutino, vespertino, nocturno) y servicio de adscripción actual, y *variables de capacitación* (historial de cursos o talleres previos recibidos sobre trastornos hipertensivos del embarazo y herramientas de respuesta rápida obstétrica).

Programa de intervención educativa

La intervención educativa tuvo una duración total de 14 horas presenciales. Para el desarrollo temático se uti-

lizó el método de conferencia participativa combinado con talleres de análisis de casos y dinámicas reflexivas de autoevaluación.

Los ejes teóricos estructurados metodológicamente fueron: normatividad legal vigente en preeclampsia, gestión del cuidado de enfermería, autoevaluación consciente y la competencia clínica basada en el modelo teórico de Patricia Benner (principiante a experto).³⁰

Para asegurar el rigor científico y pedagógico, la intervención fue coordinada por un equipo colaborativo transdisciplinar integrado por un médico ginecólogo experto en alta especialidad obstétrica, una enfermera especialista perinatal responsable de abordar de forma procedimental el Triage Obstétrico, el Código Máter y las funciones del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica; un licenciado en enfermería y obstetricia enfocado en la normatividad legal mexicana en el embarazo; una enfermera especialista intensivista con dominio en el Proceso de Atención de Enfermería, farmacología obstétrica crítica y autoevaluación reflexiva en el manejo de la preeclampsia; y una pedagoga especializada en el empoderamiento y didáctica de la práctica clínica de enfermería.

Instrumento de medición y recolección de datos

Para evaluar el efecto de la intervención, se aplicó el instrumento *Autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel*, con una consistencia interna de Alfa de Cronbach global de 0.923 en su aplicación final (anexo 1). El instrumento consta de 5 competencias con 32 ítems alineados a las directrices de la Guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería en preeclampsia/eclampsia y el lineamiento técnico del Triage Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.^{31,32,33,34}

Con base en la escala de Likert, se midió la frecuencia de ejecución y dominio de las competencias clínicas esenciales, conceptualmente definidas para la fase de valoración de la mujer con preeclampsia (cuadro I).

Medición de la autoevaluación y niveles de experticia

La autoevaluación se operacionalizó mediante una escala de respuesta tipo Likert con tres niveles de frecuencia respecto al desempeño seguro y autónomo de cada competencia en: Siempre/con total dominio (3), A veces/requiere supervisión (2), Nunca/no lo realiza (1).

La sumatoria total de los puntajes permitió clasificar

numéricamente el nivel de desarrollo de la competencia clínica de los profesionales de enfermería, adaptando los constructos conceptuales del modelo de Patricia Benner de la siguiente manera:

- **Principiante (novata):** puntaje situado en el tercil inferior de la escala, indica un desempeño rígidamente limitado a la aplicación de reglas teóricas abstractas, con nula flexibilidad y alta dependencia de directrices externas para la valoración.
- **Principiante avanzada:** puntaje intermedio-bajo, el profesional demuestra la incorporación de la experiencia en situaciones reales y reconoce “*aspectos significativos*” de la preeclampsia, pero requiere soporte o supervisión continua para priorizar las intervenciones clínicas.
- **Competente:** puntajes en el rango medio-alto, caracteriza a la enfermera que planifica conscientemente sus acciones basándose en consideraciones analíticas organizadas, logrando eficiencia y un manejo estructurado de los tiempos en la monitorización obstétrica.
- **Eficiente (proficiente):** puntuación elevada, el profesional posee una percepción holística e integrada de la situación clínica; visualiza las necesidades de la paciente a largo plazo y reconoce de inmediato cuando el cuadro de preeclampsia se desvía de la normalidad esperada.
- **Experta:** puntaje situado en el tope máximo de la escala, refleja un dominio intuitivo y fluido de la valoración clínica basado en un profundo acervo de antecedentes empíricos; el profesional ya no depende de reglas ni pautas para conectar una comprensión inmediata de la situación con la acción de respuesta correcta.

La aplicación metodológica del instrumento se realizó en dos momentos idénticos, en la fase basal (pretest) previa al inicio de la intervención y en el seguimiento a los 3 meses posteriores (postest). Durante ambas fases, los instrumentos fueron entregados individualmente por los investigadores en los propios servicios de adscripción, garantizando un ambiente controlado y libre de distracciones operativas.

Análisis de los datos

Para la organización, procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó el programa IBM SPSS versión 21. Se ejecutó inicialmente un análisis descriptivo

Cuadro I Competencias clínicas esenciales para la autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel

Competencia	Definición	Ítems
Signos vitales	Competencia orientada a la toma estricta de la tensión arterial, cálculo automatizado de la tensión arterial media (TAM) y reconocimiento inmediato de cifras de crisis hipertensiva	1. Verifico la tensión arterial cada 2 horas
		2. Valoro la frecuencia respiratoria
		3. Mido la frecuencia cardíaca
		4. Tomo la temperatura corporal
		5. Tomo y registro la saturación de oxígeno
Estado de conciencia	Competencia enfocada en el escrutinio del estado neurológico, monitorización de reflejos osteotendinosos (búsqueda de hiperreflexia) y detección temprana de datos de neurotoxicidad predictivos de eclampsia	6. Valoro con la escala de Glasgow
		7. Identifico y registro cefaleas
		8. Identifico y registro fosfenos
		9. Identifico y registro epigastralgia
		10. Identifico y registro proteinuria mayor o igual a 2 gramos
Estado de confort	Competencia dirigida al control óptimo de estímulos ambientales (lumínicos y auditivos) y manejo integral del dolor o cefalea en la paciente crítica	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 Pinard o Doppler
		16. Proporciono un ambiente tranquilo con luz tenue, ventilación y comodidad
Procedimientos invasivos	Competencia técnica para la instalación segura de accesos venosos periféricos de grueso calibre, colocación estéril de sonda vesical a permanencia y la preparación, dosificación e infusión protocolizada del sulfato de magnesio como esquema anti-convulsivante	17. Instalo dos vías periféricas con Angiocath No. 16 o 18
		18. Verifico la permeabilidad del acceso periférico.
		19. Instalo sonda vesical de acuerdo al protocolo institucional.
		20. Verifico la permeabilidad de la sonda vesical
		21. Coloco la fijación en la cara anterior del muslo
		22. Coloco la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga
		23. Realizo el cambio de la 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 proteína en tira reactiva de orina cada 8 horas
		27. Registro el peso de la paciente a su ingreso
Estado hídrico	Competencia crítica para la cuantificación horaria de la uresis, detección cualitativa de proteinuria y el registro minucioso del balance hídrico estricto para evitar la sobrecarga de volumen o falla renal	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 del registro clínico de enfermería

mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias, desviaciones estándar, medianas y rangos para las variables continuas, con el objetivo de describir las características sociodemográficas y de perfil de la población de estudio.

Para seleccionar la prueba estadística inferencial idónea destinada a evaluar el efecto de la intervención educa-

tiva, se aplicó un análisis formal de normalidad en las diferencias de las puntuaciones globales mediante la prueba de Shapiro-Wilk (apropiada debido al tamaño de muestra de $n = 40$). Al confirmarse una distribución de carácter normal en los datos ($p > 0.05$), se determinó el uso definitivo de la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas (descartando la prueba no paramétrica de

Wilcoxon) para comparar los promedios de la competencia clínica antes y después de la intervención.

Adicionalmente, para medir la magnitud cuantitativa y trascendencia práctica del cambio educativo más allá de la significancia estadística, se calculó el tamaño del efecto empleando el estadístico d de Cohen. Por último, se realizaron correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de Spearman para analizar la asociación entre las variables ordinales del perfil laboral y los niveles de competencia alcanzados.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue rigurosamente revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud de la institución, obteniendo el número de registro oficial 2018-3701-036. El estudio dio cumplimiento estricto al principio bioético de autonomía mediante la obtención del consentimiento informado por escrito de cada participante. En dicho documento se estipuló de forma transparente el objetivo general del proyecto, los mecanismos de anonimato para proteger la confidencialidad absoluta de los datos individuales y las características de las evaluaciones, asegurando explícitamente que la participación era completamente voluntaria y libre de cualquier condicionamiento laboral o institucional.

Resultados

En el **cuadro II** se presentan las características sociodemográficas, laborales y profesionales de los participantes. La edad se concentró en el rango de 31 a 40 años (45%). En la misma proporción, se registró el estado civil divorciado (45%) y el grado académico de licenciatura (45%).

En cuanto a la trayectoria laboral, se identificó una diferencia entre la antigüedad profesional y la institucional. La antigüedad laboral del personal de enfermería se situó mayoritariamente en el rango de 11 a 20 años (48%). Por otro lado, la antigüedad institucional mostró una distribución dual, ubicándose tanto en el rango de 1 a 10 años como en el de 11 a 20 años, ambos con un 42%. Un dato relevante es que el 53% de los encuestados reportó tener menos de 1 año de antigüedad en su servicio actual. En cuanto al perfil laboral, la categoría de enfermera general fue la más frecuente, con 58%. La Unidad Tocoquirúrgica concentró el 43% de los participantes y el turno vespertino, con el 35%.

Respecto a la capacitación específica sobre el manejo de la mujer con preeclampsia, solo el 22% confirmó haber recibido capacitación. De estos, el lugar principal de enseñanza fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (18%) y en modalidad de curso monográfico (22%). El tiempo transcurrido desde que recibieron la capacitación fue menor a 1 año (20%).

En el **cuadro III** se presenta la efectividad de la intervención, que fue estadísticamente significativa y favorable en el posttest para dos dimensiones clave de la competencia: *procedimientos invasivos*, con una media de 5 ± 0.446 ($p = 0.010$), y *estado hídrico*, con una media de 5 ± 0.464 ($p = 0.029$).

También se encontraron diferencias significativas al comparar la competencia con otras variables de interés; se identificó diferencia en la competencia de procedimientos invasivos ($p = 0.028$) al cruzarla con los diferentes niveles de escolaridad (**cuadro IV**).

Esta significancia fue particular entre el nivel técnico y licenciatura ($p = 0.015$), y entre el nivel posttécnico y licenciatura ($p = 0.029$). Se encontró una divergencia significativa en la competencia total según la categoría laboral ($p = 0.014$), específicamente en la comparación entre enfermera general y enfermera especialista ($p = 0.011$), y entre enfermera especialista en proporción con enfermera general ($p = 0.011$). Asimismo, se constató una diferencia marcada en la competencia de estado de conciencia según la categoría laboral ($p = 0.009$). Las comparaciones significativas se dieron entre enfermera general con enfermera especialista ($p = 0.012$) y enfermera general con enfermera jefa de piso ($p = 0.040$). Finalmente, la comparación de la competencia de estado hídrico con el turno laboral mostró significancia ($p = 0.049$), con diferencias específicas entre el turno matutino y el nocturno ($p = 0.021$) y el vespertino con el nocturno ($p = 0.037$).

El análisis de correlación de Spearman se empleó para determinar la relación entre las variables sociodemográficas y laborales y las diferentes dimensiones de las competencias clínicas. Los resultados revelaron varias correlaciones estadísticamente significativas (**cuadro V**).

- **Escolaridad:** se encontró una correlación negativa y significativa entre la escolaridad y tres dimensiones de la competencia, lo que sugiere que, a mayor nivel de escolaridad, menor es la puntuación de competencia en estas áreas.
- **Edad:** no se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre la edad del personal de

Cuadro II Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería (n = 40)

Variable	Frecuencia	%	Variable	Frecuencia	%
Edad en años			Antigüedad laboral		
20 – 30	5	12.5	1 – 10 años	13	32
31 – 40	18	45	11 – 20 años	19	48
41 – 50	12	30	21 – 30 años	8	20
51 – 60	5	12.5	Antigüedad institucional		
Estado civil			1 – 10 años	17	42
Soltero	9	23	11 – 20 años	17	42
Casado	10	25	21 – 30 años	6	16
Divorciado	18	45	Antigüedad en el servicio		
Unión libre	3	7	Menos de 1 año	21	53
Escolaridad			1 – 5 años	12	30
Técnico	9	23	6 – 10 años	5	12
Postécnico	10	25	Más de 10 años	2	5
Licenciatura	18	45	Servicio		
Especialización	3	7	Gineco-Obstetricia	7	17
Categoría laboral			Unidad Tocoquirúrgica	17	43
Enfermera general	23	58	Unidad de Cuidados Intensivos	8	20
Enfermera especialista	12	30	Quirófano	8	20
Enfermera jefa de piso	5	12	Capacitación en preeclampsia		
Turno laboral			Instituto Mexicano del Seguro Social	7	18
Matutino	13	32.5	Divorciado Secretaría de Salud	1	2
Vespertino	14	35	Divorciado Otros	1	2
Nocturno	13	32.5	Divorciado No capacitación	31	78
			Modalidad de la capacitación		
			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

enfermería y ninguna de las dimensiones de la competencia clínica.

- **Categoría laboral:** la categoría del personal mostró una correlación positiva y significativa con la competencia en dos áreas: competencia en estado de conciencia, donde se observó la correlación más fuerte y significativa, y la competencia en procedimientos invasivos. Esto indica que la categoría laboral se relaciona con una mayor competencia en el manejo del estado de conciencia y en la ejecución de procedimientos invasivos.

- **Antigüedad en el servicio:** únicamente se encontró una correlación positiva y significativa entre la antigüedad en el servicio y la competencia en procedimientos invasivos. Esto sugiere que el personal con más tiempo en el servicio tiende a ser más competente en esta área específica.
- **Antigüedad laboral e institucional:** estas variables no presentaron correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones de las competencias clínicas evaluadas.

Cuadro III Comparación de las competencias esenciales en el manejo de la mujer con preeclampsia

Competencias esenciales	Pretest	Posttest	p
	X (DE)	X (DE)	
Competencia signos vitales	5 ± 0.446	5 ± 0.221	-
Competencia estado conciencia	5 ± 0.586	5 ± 0.464	-
Competencia estado de confort	3 ± 1.013	3 ± 0.723	-
Competencia procedimientos invasivos	4 ± 0.958	5 ± 0.446 ^a	0.010
Competencia estado hídrico	4 ± 0.904	5 ± 0.464 ^b	0.029
Competencia total	4 ± 0.758	4 ± 0.554	-

Fuente: elaboración propia

Prueba t de Student para muestras relacionadas p = 0.010, p = 0.029

Cuadro IV Diferencias de las competencias clínicas esenciales de enfermería en el manejo de la mujer con preeclampsia

Características	Competencias esenciales					
	Total	Signos vitales	Estado de conciencia	Estado de confort	Procedimientos invasivos	Estado hídrico
Grado académico						
Técnico	5 (1)	5 (2)	5 (1)	2 2 ± 4	5 (1) ^a	28 ± 2
Posttécnico	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
Especialidad	4 (0)	5 (0)	5 (0)	17 ± 2	5 (1)	28 ± 3
Categoría laboral						
Enfermera general	129 ± 20 ^c	5 (1)	5 (1)	19 ± 5	40 ± 9 ^g	5 (3)
Enfermera especialista	147 ± 11 ^d	5 (0)	5 (0) ^e	23 ± 5	47 ± 3 ^h	5 (1)
Enfermera jefa de Piso	138 ± 15	5 (2)	5 (2) ^f	21 ± 6	45 ± 5	5 (2)
Turno laboral						
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)
Para las comparaciones con Kruskal Wallis se reportan mediana y rango Inter cuartil ^{a, b, e, f, i, j}						
Para las comparaciones con ANOVA se reportan media y desviación estándar ^{c, d, g, h}						

Fuente: elaboración propia

Discusión

Los hallazgos empíricos demostraron de forma concluyente que la estrategia pedagógica basada en la reflexión consciente generó una mejora estadísticamente significativa en las dimensiones técnico-procedimentales de la competencia, específicamente en procedimientos invasivos y estado hídrico.

Estos resultados adquieren alta relevancia en el plano de la seguridad obstétrica, dado que la literatura internacional y los lineamientos vigentes en salud materna (como el Triage Obstétrico y el Código Máter)^{1,2,3,4,5,6,7} enfatizan de manera persistente que el control estricto de los balances de líquidos y la administración protocolizada

y segura del sulfato de magnesio constituyen intervenciones de enfermería críticas e insustituibles para prevenir complicaciones multiorgánicas graves y mitigar desenlaces adversos en la paciente con trastornos hipertensivos del embarazo.^{8,9,10}

Un hallazgo metodológico que demanda un escrutinio analítico profundo es la ausencia de un cambio estadísticamente significativo al contrastar los promedios globales de la competencia total antes y después de la intervención educativa (4 ± 0.758 pretest / 4 ± 0.554 posttest). Este comportamiento en los datos cuantitativos se explica a través del denominado “*efecto techo*” (*ceiling effect*). Al analizar detalladamente las mediciones basales, se constató que el personal de enfermería evaluado ya poseía puntua-

Cuadro V Correlación de las competencias clínicas esenciales con las características sociodemográficas y laborales

Característica	Competencias esenciales					
	Total	Signos vitales	Estado de conciencia	Estado de confort	Procedimientos invasivos	Estado hídrico
Edad	rs = .107 p = .513	rs = -.181 p = .265	rs = .100 p = .538	rs = .149 p = .358	rs = .223 p = .166	rs = .155 p = .341
Escolaridad	rs = -.317* p = .046	rs = .156 p = .335	rs = -.160 p = .325	rs = -.361* p = .022	rs = -.387* p = .014	rs = -.152 p = .349
Categoría laboral	rs = .268 p = 0.095	rs = .149 p = .359	rs = .486** p = .001	rs = .281 p = .079	rs = .437** p = .005	rs = 0.051 p = 0.754
Antigüedad laboral	rs = .109 p = .504	rs = 0.007 p = 0.968	rs = -.025 p = .880	rs = .094 p = .564	rs = .168 p = .300	rs = .123 p = .448
Antigüedad institucional	rs = .154 p = .342	rs = 0.025 p = 0.878	rs = .235 p = .145	rs = .191 p = .239	rs = .268 p = .094	rs = .030 p = .853
Antigüedad del servicio	rs = .237 p = .140	rs = 0.165 p = 0.308	rs = .081 p = .621	rs = .196 p = .225	rs = .333* p = .036	rs = .114 p = .485
*La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral)						
** La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral)						

Fuente: elaboración propia

ciones medias inherentemente elevadas en el pretest, de manera particular en dimensiones fundamentales como signos vitales (5 ± 0.221 postest) y estado de conciencia (5 ± 0.464 postest).

Esta elevada competencia basal se encuentra plenamente justificada por el perfil laboral de la muestra de estudio, donde el 48% de los participantes reportó una antigüedad profesional superior a los 11 años y el 30% con categoría laboral de enfermería especialista.^{13,14,15} Al tratarse de personal consolidado operativamente y habituado a la monitorización cotidiana de la tensión arterial y al escrutinio neurológico grueso en áreas críticas obstétricas, el margen de incremento numérico en la escala Likert tras la intervención pedagógica era matemáticamente estrecho. En consecuencia, la estrategia educativa no modificó sustancialmente la puntuación global del grupo, sino que actuó como un mecanismo de reforzamiento técnico que homogeneizó las desviaciones estándar de las respuestas en el postest, consolidando el conocimiento ya existente y blindándolo contra la variabilidad.

A diferencia de los abordajes educativos tradicionales basados exclusivamente en la transmisión pasiva de directrices, esta intervención se estructuró metodológicamente sobre el modelo teórico de Patricia Benner. El análisis cualitativo-operacional de los datos revela que la estrategia centrada en la autoevaluación reflexiva fungió como un catalizador para la transición entre los estadios de experticia descritos por la autora. En la medición basal (pretest), una proporción considerable de la muestra exhibía características conceptuales propias del nivel de *Prin-*

cipiante Avanzada y Competente, manifestando dificultades operativas en la jerarquización analítica de los cuidados y un apego marcadamente rígido a las reglas abstractas de las guías de práctica clínica, sin lograr integrar de forma fluida el contexto real de la paciente obstétrica crítica.

En la evaluación postest, tres meses posteriores a la intervención, se observó una reconfiguración cualitativa: el personal concentró sus puntuaciones en el tercil superior, posicionándose predominantemente en el estadio de Enfermera Eficiente (Proficiente) y demostrando transiciones claras hacia el nivel de Experta en los ejes hídricos y procedimentales. En consonancia con los postulados de Benner, esta transición cualitativa implica que el profesional de enfermería dejó de depender de pautas externas inconexas para adquirir una percepción holística y situacional de la mujer con preeclampsia, lo cual le facultó en su práctica cotidiana para identificar precozmente los signos sutiles de compromiso sistémico antes de que irrumpieran las crisis eclámpicas. La autoevaluación reflexiva demostró así ser una herramienta metodológica idónea para transformar el conocimiento puramente teórico en un juicio clínico estructurado y reflexivo.^{22,23,24,25,26}

La emergencia de una correlación de carácter negativo y estadísticamente significativa entre el grado académico máximo y dimensiones de la competencia clínica, como la *Competencia total* (rs = -0.317) y los *Procedimientos invasivos* (rs = -0.387), constituye un hallazgo que contradice las expectativas empíricas iniciales, pero que arroja luz sobre la dinámica operativa del contexto hospitalario estudiado. Tradicionalmente, se asume que a mayor grado académi-

co formal existe un incremento lineal en el dominio de las competencias clínicas. Sin embargo, en esta muestra particular, los profesionales con formación de nivel técnico y postécnico evidenciaron promedios operativos superiores en comparación con el personal de licenciatura.

Esta aparente paradoja se explica a la luz del principio de arraigo y exposición procedimental continua. En las unidades hospitalarias de segundo nivel del sector público en la Ciudad de México, el personal técnico y postécnico gineco-obstétrico suele permanecer asignado de manera ininterrumpida y prolongada en las áreas de primera línea operativa (salas de labor, recuperación y tococirugía). Esta inmersión contextual continua favorece el desarrollo de una alta destreza manual y de una familiaridad intuitiva con las maniobras críticas invasivas, debido a la repetición cotidiana del cuidado directo. Por el contrario, los profesionales con grado de licenciatura frecuentemente son comisionados o rotados de forma prioritaria para realizar funciones de gestión administrativa, supervisión o coordinación de servicios, lo que genera un distanciamiento relativo de la práctica clínica procedimental directa a pie de cama y explica la correlación negativa observada. Este hallazgo valida la tesis de Benner respecto a que la experticia clínica no es un subproducto exclusivo de la acumulación de créditos académicos abstractos, sino de la experiencia clínica reflexiva y sistemáticamente vivida en el campo real.

Por otra parte, las diferencias significativas identificadas en la dimensión de estado hídrico según el turno laboral ($p = 0.049$) —donde el turno nocturno demostró un desempeño cualitativamente superior frente al matutino ($p = 0.021$) y vespertino ($p = 0.037$)— encuentran su sustento en las características organizacionales del flujo de trabajo hospitalario. Los turnos diurnos están caracterizados por una alta saturación de actividades de carácter administrativo, pase de visita médica transdisciplinar, traslados frecuentes y procedimientos diagnósticos que fragmentan el tiempo de cuidado de enfermería. En contraste, el turno nocturno ofrece un entorno operativo con menores distracciones administrativas, lo que faculta al profesional para ejercer un control y monitorización analítica mucho más minuciosa, horaria y continua del balance hídrico y la cuantificación estricta de la uresis en las pacientes con preeclampsia.

En la evaluación posterior a la intervención, la dimensión del estado de confort relacionado con el manejo del dolor, control de estímulos ambientales y ansiedad, se mantuvo sin cambio estadísticamente significativo y persistente en el nivel de *Principiante Avanzada*. Este hallazgo resulta

crítico y concuerda con lo reportado de forma recurrente en la literatura sobre enfermería perinatal. El confort, al ser un constructo multidimensional de naturaleza marcadamente subjetiva y relacional, resulta complejo de integrar y operativizar en la práctica cotidiana en comparación con las destrezas puramente psicomotoras o técnicas, como el instalar una sonda o programar una bomba de infusión.

Al contrastar metodológicamente nuestros resultados con investigaciones que han evaluado el impacto de otras estrategias de capacitación en salud materna, emergen divergencias sustanciales. En referencia, se reportan incrementos significativos en las competencias relacionales y de comunicación asertiva del personal con estrategias de simulación clínica de alta fidelidad o aprendizaje basado en problemas (ABP) multimodal, debido a que dichos entornos controlados posibilitan la repetición de escenarios que involucren la interacción humana y el manejo del estrés del entorno de forma directa.

Cabe señalar que la estrategia de intervención implementada en el presente estudio demostró ser altamente costo-efectiva para consolidar las dimensiones duras y procedimentales del cuidado, pero evidenció limitaciones pedagógicas para subvertir las conductas asociadas a la esfera subjetiva y del confort de la paciente. Lo anterior denota con claridad que las dimensiones relacionales requieren de abordajes didácticos basados en la experiencia vivencial o simulada in situ para impactar verdaderamente en la transformación del juicio clínico.

Conclusión

La intervención educativa con personal de enfermería orientada en la autoevaluación reflexiva demostró ser una estrategia efectiva para consolidar e incrementar el dominio de las competencias clínicas de carácter técnico-procedimental, con base en la mejora estadísticamente significativa de las dimensiones críticas de *procedimientos invasivos y estado hídrico*.

No obstante, la estabilidad observada en la puntuación de la competencia total evidencia la presencia de un marcado “efecto techo”, condicionado por el alto perfil y experiencia operativa basal del grupo de estudio en las dimensiones de monitorización básica. Asimismo, la persistencia de puntuaciones subóptimas en la dimensión del *estado de confort* devela que las competencias de índole subjetiva y relacional permanecen impermeables frente a los métodos educativos convencionales de aula, demandando una reorientación pedagógica urgente.

Por lo anterior, surge la imperiosa necesidad de transitar hacia modelos de capacitación continuos e integrales que hibriden la reflexión consciente con la simulación clínica vivencial. Solo a través de un juicio clínico avanzado y holístico, sistemáticamente estimulado en las instituciones hospitalarias, el personal de enfermería de primera línea podrá optimizar la calidad y seguridad de la valoración obstétrica crítica, con impacto positivo en los indicadores de excelencia institucional y en los estándares nacionales e internacionales de salud materna.

Se considera que la utilidad práctica e institucional inmediata de este trabajo radica en la validación de la autoevaluación reflexiva como un modelo de educación continua de bajo costo, factible de ser institucionalizado en los procesos de formación y capacitación del personal

de enfermería perinatal en los hospitales generales de segundo nivel. Este enfoque permite optimizar los tiempos formativos y dirigir los recursos institucionales hacia aquellas dimensiones que la propia autoevaluación identifique como críticas o subóptimas.

Agradecimientos

Al Comité de Ética de Investigación en Salud del IMSS por el apoyo técnico y sugerencias al escrito. A la enfermera Karen Saidy Ramírez Pariente († 2022) por su incondicional apoyo en la logística del desarrollo de este artículo. Se agradece de manera especial a Aether por su invaluable soporte.

Referencias

1. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2005 Feb 26-Mar 4;365(9461):785-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17987-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17987-2)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
4. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49332>
6. Ulloa-Sabogal IM; Arias-Rojas M. Trastornos hipertensivos del embarazo: conocimientos y comportamientos de autocuidado en mujeres embarazadas. *Av enferm*. 2024;42(3):116897. Disponible en: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n3.116897>
7. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 52. México: Secretaría de Salud; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/964501/MM_2024_SE52.pdf
8. Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia en el Segundo y Tercer Nivel de Atención: Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>
9. 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*. 2014 Apr;4(2):105-45. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.01.003>
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
11. Dickerson AG, Joseph CA, Kashfi K. Current Approaches and Innovations in Managing Preeclampsia: Highlighting Maternal Health Disparities. *J Clin Med*. 2025;14(4):1190. <https://doi.org/10.3390/jcm14041190>
12. Jiménez-Ocampo JB, García-Rosas E. Participación de enfermería en el manejo de preeclampsia: a propósito de un caso. *Parainfo Digital* [Internet]. 2022 [citado 14 Sep 2026];(34):e34080d. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/pd/e34080d>
13. Kassa ZY, Dadi AF, Bizuayehu HM, Thapa S, Kibret GD, Hassen TA, et al. Implementation, effectiveness, and barriers of obstetric triage in reducing waiting time: a scoping review. *Reprod Health*. 2025 Mar 21;22(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-01982-7>
14. Olivera-Carrasco H. Implementación del Triage obstétrico por enfermería: origen, liderazgo e impacto. *Rev CONAMED*. 2025;30(3):152-159. <https://doi.org/10.35366/121489>
15. Araya-Cubero Z. Participación de Enfermería Obstétrica en la detección del riesgo para la salud en adolescentes madres en el escenario domiciliario. *Rev Actual en Costa Rica* [Internet]. 2013 [citado 14 Sep 2026];(24):1-11. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/adolescentes.pdf>
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline NG133. Londres: NICE; 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
17. Muñoz E, Elizalde VM, Téllez GE. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Rev*

- Chil Obstet Ginecol. 2017;82(4):438-446. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000400438>
18. Jolly L, Ooms A, Ransome H. Student midwives' experiences of high-fidelity simulation in midwifery education in the university setting: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2025 Sep; 152:106779. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106779>
 19. Lei YY, Zhu L, Sa YTR, Cui XS. Effects of high-fidelity simulation teaching on nursing students' knowledge, professional skills and clinical ability: A meta-analysis and systematic review. *Nurse Educ Pract*. 2022 Mar; 60:103306. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103306>
 20. Furr S, Martin DR, Schmaldestin K, Daugherty L. Utilizing Simulation-Based Training to Increase Preeclampsia Recognition in Undiagnosed Patients. *J Perinat Educ*. 2023 Nov 1;32(4):213-218. <https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0018>
 21. Segura Fernández AB, Cid León I. Sobre la implementación de la rehabilitación multimodal en las especialidades de Obstetricia y Ginecología. *Rev Cubana Aliment Nutr [Internet]*. 2020 [citado 15 Mar 2026];30(Supl 1):S1-S162. Disponible en: <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1079>
 22. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *J Adv Nurs*. 2017 May;73(5):1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>
 23. Guillén-Terán AM, Figueroa-Ávila PA, Gessa-Gálvez MM. Desafíos de los Estudiantes de Enfermería en el manejo de las Clave Obstétrica y protocolo Score MAMÁ. *Conectividad [Internet]*. 2024 [citado 15 Sep 2026];5(Núm. Esp.):33-42. Disponible en: <https://redalyc.org/journal/7778/777882649004/html/>
 24. Castillo ALR, Padilla MER, Hernández DG. Self-evaluation and evaluation of nursing leaders' Leadership Styles. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 May 21;29:e3393. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3435.3393>
 25. Pérez-Tirado AA, Jaramillo-Guerra LV, Calderón-Márquez E, González-Rubio CA, Ortega-Crespo GM, Franco-Mejía VP, Prada-Ballestas T. Autoevaluación de las competencias no técnicas en estudiantes de Ciencias de la Salud, utilizando simulación clínica de alta fidelidad. *Simulación Clínica [Internet]*. 2025 [citado 15 Sep 2026];7(1):16-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/simulacion/rsc-2025/rsc251c.pdf>
 26. Taylor I, Bing-Jonsson P, Wangensteen S, Finnbakk E, Sandvik L, McCormack B, Fagerström L. The self-assessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *J Clin Nurs*. 2020 Feb;29(3-4):545-555. <https://doi.org/10.1111/jocn.15095>
 27. Benner P. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Commemorative Edition. New Jersey: Prentice Hall Health; 2020.
 28. Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2018 [citado el 14 de sep de 2026]; 34(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
 29. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para la reducción de la mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/940a3db0-47fe-49cf-b0a7-314f0fd34482>
 30. García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv Ed Med*. 2013;2(8):217-224. Disponible en: <http://bit.ly/3r56z4R>
 31. Yamamoto Y, Okuda R, Fukada M. Factors Affecting Clinical Nursing Competency: A Cross-Sectional Study. *Yonago Acta Med*. 2021 Jan 25;64(1):46-56. Disponible en: <https://doi.org/10.33160/yam.2021.02.008>
 32. Jiménez-López W, González-Juárez G, Velázquez-Moreno E. Instrumento de autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020;28(2):102-10. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1119
 33. Guía de Práctica Clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con preeclampsia y eclampsia. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2011. Disponible en: <http://bit.ly/32OFgBc>
 34. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Lineamiento Técnico 2016 "Triaje Obstétrico, Código Máter y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica". Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2T5zOqv>
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
 Jiménez-López W, Velázquez-Moreno E, Velázquez-López L *et al*. Autoevaluación reflexiva de personal de enfermería para mejorar las competencias clínicas en la valoración de mujeres con preeclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1601. doi: 10.5281/zenodo.23165508

Anexo 1

Instrumento de autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel

Competencia clínica	Escala Likert				
Signos vitales	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Verifico la tensión arterial cada 2 horas					
2. Valoro la frecuencia respiratoria					
3. Mido la frecuencia cardíaca					
4. Tomo la temperatura corporal					
5. Tomo y registro la saturación de oxígeno					
Estado de conciencia	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
6. Valoro con la escala de Glasgow					
7. Identifico y registro cefaleas					
8. Identifico y registro fosfenos					
9. Identifico y registro epigastralgia					
10. Identifico y registro proteinuria mayor o igual a 2 gramos					
Estado de confort	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
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 Pinard o Doppler					
16. Proporciono un ambiente tranquilo con luz tenue, ventilación y comodidad					
Procedimientos invasivos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
17. Instalo dos vías periféricas con Angiocath No. 16 /18					
18. Verifico la permeabilidad del acceso periférico					
19. Instalo sonda vesical de acuerdo con el protocolo institucional					
20. Verifico la permeabilidad de la sonda vesical					
21. Coloco la fijación en la cara anterior del muslo					
22. Coloco la bolsa recolectora de orina por debajo del nivel de la vejiga					
23. Realizo el cambio de la 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 proteína en tira reactiva de orina cada 8 horas					
27. Registro el peso de la paciente a su ingreso					
Estado hídrico	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
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 del registro clínico de enfermería					