

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL**
Con estudios incorporados a la UNAM

TESINA

CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

SÀNCHEZ BAÑUELOS MIRIAM

NO. DE CUENTA

404512927

DIRECTORA DE TESINA:

MTRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

SEPTIEMBRE DE 2009.

Tu salud nos mueve



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.

Por darme la oportunidad de concluir esta etapa de mi formación profesional.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Como una muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo el amor y el apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, agradezco la orientación que siempre me ha guiado en el camino. Gracias

Agradecimientos.: A Dios

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Justificación	4
III. Objetivos	6
IV. Marco teórico	7
4.1. Concepto y clasificación de preeclampsia leve y severa	8
4.2. Epidemiología	15
4.3. Factores de riesgo para la preeclampsia	17
V. Niveles de prevención para la preeclampsia	19
5.1. Valoración y cuidados de enfermería en un primer nivel de atención	19
VI. Cuidados de enfermería en el segundo nivel de atención ante preeclampsia severa.	27
6.1. Valoración de signos clínicos y de laboratorio para la mujer con preeclampsia severa.	27
6.2. Cuidado hospitalario a la paciente con preeclampsia severa	29
6.3. Tratamiento farmacológico en un segundo nivel de atención para la paciente con preeclampsia	31
6.4. Cuidados de enfermería a la paciente hospitalizada con preeclampsia	36
VII. Limitación del daño en la preeclampsia	42
VIII. Conclusiones	45
IX. Glosario	46
X. Anexos	48
I. Etiquetas de probables diagnósticos de enfermería	49
II. Resultados esperados	51
III. Procedimiento básico para la toma de la presión arterial	53
XI. Bibliografía	55

I.INTRODUCCIÓN

En México ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales solo llegan a término el 60%, es decir aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. En la actualidad podemos ver la incidencia cada vez más grande de embarazos que presentan complicaciones, la preeclampsia es una de las complicaciones durante el embarazo que incluso pueden conducir a la muerte materna¹.

La mortalidad materna representa la cuarta causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva, esto es que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo.

Siendo la preeclampsia la primera causa de mortalidad materno-fetal en nuestro país, es por lo que se considera importante brindar a la población en riesgo la información adecuada y necesaria para detectar los síntomas y signos de alarma que pudieran alertar y brindar un tratamiento oportuno.

Datos de la OMS reportan que por cada muerte materna alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto.² Aunque el propósito de la SSA se ha logrado, brindar atención médica al 91% de los partos los cuales sean atendidos por personal médico especializado, mas sin embargo, solamente un 70% de ellas asiste a control prenatal, lo que

¹ Secretaria de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.

² World Health Organization, WHO Biblioteca de la salud reproductiva de la OMS, No 8 Ginebra, 2005.

dificulta poder detectar y brindar el tratamiento adecuado ya que la mayor parte de las muertes maternas son prevenibles y curables, si son atendidas de manera oportuna.³ Según datos oficiales, (INEGI) entre 75% y 85% de las defunciones maternas son absolutamente previsibles, en 2005 la mortalidad materna en Guerrero duplicó a la de promedio nacional, siendo Guerrero, Oaxaca y Chiapas los estados más pobres de la República, lo que dificulta que las pacientes embarazadas acudan y reciban atención prenatal adecuada.⁴

Por esta razón la labor de Enfermería es de importancia dentro de la Atención Prenatal, realizando acciones preventivas y de control, teniendo los conocimientos y la información necesaria para saber detectar y sobre todo brindar los cuidados necesarios que conllevan este tipo de pacientes en presencia de la sintomatología de la preeclampsia.

Por lo tanto el personal de Enfermería juega un papel importante, ya que desde el primer contacto con la paciente debemos detectar la existencia de factores de riesgo que nos pudieran alertar sobre cualquier situación que amerite de nuestra intervención y colaboración, evitando así cualquier complicación que pudiera presentar la paciente en el transcurso de la gestación.

Por todo esto la presente tesina aborda aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos y cuidados específicos de enfermería a la paciente con

³ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Nom 007-SSA. 1993

⁴ Secretaría de Salud/INEGI mortalidad materna, México, 1997-2005

preeclampsia, tomando en cuenta para ello que la prevención juega un papel importante y es primordial para evitar y prevenir en si la enfermedad, con la finalidad de aminorar la problemática presente, para así llevar a cabo una gestación lo más satisfactoria posible, sin presentes o futuras complicaciones para la madre, logrando con ello el nacimiento de un producto sano.

II. JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia en sus diferentes presentaciones clínicas, continúa siendo un problema de salud pública, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, por su asociación con una mortalidad y morbilidad elevadas, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), representa la principal causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal,⁵ por los efectos y consecuencias que ocasiona en órganos y sistemas como lo son el sistema nervioso central, hígado, corazón, riñón y en la coagulación, que complica entre un 6 a 8% de los embarazos mayores de 20 semanas de gestación el cual constituye un problema de salud pública, motivo de gran preocupación para los gobiernos federales, las instituciones de salud y la sociedad.

Aunque la etiología de la preeclampsia aún no se conoce con precisión, la prevención juega un papel muy importante para evitar la muerte por esta patología.

En la actualidad las investigaciones aportan cada vez más información sobre su epidemiología, patológica y tratamiento pero dentro de todo ello resalta la importancia y necesidad de que mediante una oportuna detección emplear medidas preventivas con la intención de ofrecer mejores resultados en el control de la enfermedad.

⁵ Ahued Ahued .J.R. Programa de actualización continúa para el Ginecoobstetra -1 Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, comité Ejecutivo 1997-1999. intersistemas. S.A de C.V Educación Médico continúa. México 2002.

Dentro de las labores a realizar por el personal de Enfermería en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud está el poner especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección a tiempo para realizar el diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, mencionando la importancia que conlleva el control prenatal y la referencia de los casos y la detección de algún caso que amerite atención de urgencia obstétrica, con la finalidad de brindar una atención oportuna, logrando con ello aminorar la problemática que presenta ya que es una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Por todo lo anterior, y lo que representa la preeclampsia en cuanto a su magnitud no solo en nuestro país, y su grado de incidencia fueron algunas de las razones que me motivaron a realizar la presente tesina, ya que como se ha mencionado la prevención y la detección son muy importantes y nosotros como personal de enfermería ya sea dentro de los diversos niveles de atención al establecer el contacto con la paciente podemos aplicarlas y llevarlas a cabo pero siempre con la intención de aminorar la problemática y evitando las complicaciones que se pudieran presentar.

III. OBJETIVOS

OBJETIVOS:

- Reforzar los elementos teóricos para la prevención y control de pacientes embarazadas en riesgo de presentar preeclampsia.
- Identificar de manera precoz a la paciente embarazada en riesgo de desarrollar preeclampsia
- Brindar cuidados de enfermería de calidad que requiere la paciente con preeclampsia, sustentados científicamente.

MARCO TEÓRICO

4.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE PREECLAMPSIA:

Síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste.

La preeclampsia a su vez se clasifica en leve y severa.

Diferenciación entre preeclampsia leve y severa.⁶

Efectos maternos	Preeclampsia leve	Preeclampsia severa
Presión arterial	Elevación en la presión sistólica de 30mm de Hg o más; elevación de la presión diastólica de 15mm de Hg o más de 2 lecturas de 140/90mm de Hg con 6 horas de diferencia	Elevación mayor o igual de 160/110 mm de Hg en 2 ocasiones separadas con 6 horas de diferencia con la mujer embarazada en reposo en cama.
Presión arterial media (PAM)	140/90 mm de Hg= 107 mm de Hg	160/110 de Hg= 127mm de Hg

⁶ Leonard, L perry S. Boback. Enfermería materno infantil 6a edición España Harcourt/océano 2003.

Ganancia de peso	Ganancia de peso de más de 0.5kg durante el 2do y 3er trimestres o ganancia súbita de peso de 2 Kg. por semana.	Igual que en la preeclampsia leve
Proteinuria	Proteinuria de 3g/L en una muestra de 24 hrs o mayor de 1 g/L en una muestra tomada de día al azar en 2 o más ocasiones con 6 horas de diferencia (debido a que la perdida de proteínas es variable).Con tiras reactivas los valores varían de 1+ a 2+	Proteinuria mayor de 5g/L o mayor o iguala 2+ en tira reactiva
Edema	Edema declive, edema de los ojos, la cara, los dedos; ausencia de estertores pulmonares.	Edema generalizado, hinchazón notoria: ojos, cara, dedos; posiblemente presentes estertores pulmonares
Reflejos	Hiperreflexia 3+; no hay clonus de tobillos.	Hiperreflexia mayor o igual de 3+, clonus del tobillo

Producción de orina	se corresponde con el consumo mayor o igual de 30ml/hr	Oliguria: menos de 30 ml/hr o 120 ml/ 4 hrs
Cefalea	Transitoria	severa
Alteraciones visuales	Ausentes	Visión borrosa, fotofobia, puntos ciegos en la fundoscopia
Irritabilidad /cambios afectivos	Transitorios	Severos
Dolor epigástrico	Ausente	Presente
Creatinina sérica	Normal	Elevada
trombocitopenia	Ausente	Presente
Elevación AST	Mínima	Marcada
hematócrito	Elevado	Incrementado
Efectos fetales Perfusión placentaria	Reducida	La frecuencia cardiaca fetal (fcf):desaceleraciones tardías

Envejecimiento placentario prematuro	No aparente	Al nacimiento, la placenta es más pequeña de lo normal para la edad del embarazo.
---	-------------	---

Cuadro clínico: se caracteriza por hipertensión arterial >140/90 mm Hg, acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones en los resultados de estudios de laboratorio⁷

Etiología

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología aún desconocida que se presenta únicamente en el embarazo de los humanos. Esta enfermedad se caracteriza por presentar una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a los siguientes cambios: incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial.⁸

Aunque no se conoce la causa específica, mencionándose como la enfermedad de las 1000 teorías, se cree que desempeñan una función en ella diversos factores como lo son: diabetes sacarina, hipertensión, enfermedad renal, malnutrición (en especial dieta pobre en proteínas), obesidad, mola

⁷ Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.

⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. Avances en la prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. México. D.F. 2001.

hidatidiforme, embarazo múltiple, polihidramnios, diagnóstico previo de hipertensión y tendencia familiar a este trastorno.

El avance científico en el campo de la biología molecular y de la genética, han colaborado enormemente en el esclarecimiento de algunas de las teorías que antes permanecían sin tener una evidencia contundente.

Eventos moleculares investigados, han demostrado que la hipótesis de la fisiopatología de la preeclampsia tiene cierta similitud con las modificaciones enzimáticas que se manifiestan en la respuesta inflamatoria clásica, donde se ha encontrado que intervienen diferentes factores de crecimiento transformadores y citocinas, además de una serie de eventos como son interacción entre receptores de células llamadas killer y la invasión trofoblástica mediada por antígenos HLA-C, G y E.

La deficiente preparación vascular mediada por factores angiogénicos, citocinas deciduales, daño intersticial y la invasión trofoblástica endovascular son también parte de la causa hipotética en la actualidad de la preeclampsia. Estos hallazgos originan a su vez un incremento en la apoptosis de citotrofoblasto y la liberación de radicales libres y citocinas que originan básicamente la respuesta inflamatoria materna hipertensiva.

El síndrome fetal es generado por la hipoperfusión placentaria secundaria al daño en la remodelación de las arterias espirales, el cual es mediado por la interacción de las células K y por la invasión trofoblástica.

Mientras que no se descubra su etiología la enfermedad asociada al embarazo caracterizada por hipertensión, proteinuria y edema y en los casos graves

convulsiones y/o coma, debe denominarse como preeclampsia, la cual está de acuerdo con la tendencia mundial actual.⁹

Durante muchos años y especialmente en nuestro medio nacional hemos empleado el término “toxemia del embarazo” para referirnos a este padecimiento,¹⁰ incluso en la literatura internacional también se le conoció indistintamente como preeclampsia-eclampsia, o bien como “toxemia eclamtogena. El término parte de la creencia que alguna “toxina” probablemente de origen placentario pudiera estar presente en la sangre materna. De hecho esto pudiera ser cierto en alguna forma incluso en nuestros días ya que algún o algunos factores derivados de la placenta causarían la enfermedad en la madre pero estos serían más bien de tipo “vasopresores” y no “toxinas” como tales. Por eso este término cada día cae más en desuso.

Además se presta a confusión con la hipertensión inducida por el embarazo (o hipertensión gestacional) que es aquella que se presenta en el embarazo después de la semana 20, sin edema ni proteinuria y que desaparece dentro de los primeros 15 días post-parto.

En mayo de 1979 se reunieron en Ginebra Suiza un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), de la Sociedad para el estudio de la Hipertensión en el embarazo y de la Organización de la gestosis y acordaron

⁹ Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.

¹⁰ López-Llera MM, la toxemia del embarazo, lecciones básicas de hipertensión aguda de la gestación. Ed. Limusa S A de C V 2ª edición México 1997

llamar a la entidad como hipertensión que complica el embarazo, parto y puerperio, como se ve, continúan describiendo un signo. Sin embargo esta reunión de expertos acepto el término “preeclamsia-Eclampsia”¹¹

En México la Secretaria de Salud en conjunto con diversos Institutos de salud, actuaron en conjunto para la elaboración del Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la paciente con preeclampsia-eclampsia, con la finalidad de unificar criterios para la atención de las pacientes, la cual tiene vigencia actual desde el año 2007.¹²



Manifestaciones de la preeclampsia

¹¹ FIGO. News international Classification Of Diseases update Ginae Col. Obstet, 17634-64.1980. corrected and republished from Medline.

¹² Secretaria de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnostico y Manejo de la Preeclamsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.

4.2 EPIDEMIOLOGÍA

Datos recientes estiman que en el mundo, se producen 529 000 defunciones maternas anuales, la mayoría ocurren en países en desarrollo y un número importante de estas defunciones son evitables. Las principales causas directas de defunciones maternas son las hemorragias, las infecciones y los trastornos hipertensivos,¹³ éstos últimos se consideran a nivel mundial como causas del 12% al 25% total de defunciones.

Los trastornos hipertensivos son padecimientos que a nivel mundial causan un número elevado de defunciones maternas, en las mujeres adolescentes (menores de 20 años) es probable que el riesgo de morir por estas causas sea elevado, ya que las tasas de defunciones maternas en estos grupos pueden ser hasta el triple de la correspondiente a las de 20 a 24 años.¹⁴

En nuestro país con datos preliminares del 2004, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, reportó 316 defunciones debidas a esta patología, lo que corresponde al 29.5% del total de defunciones.¹⁵

¹³ Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.

¹⁴ Secretaría de Salud/INEGI mortalidad materna, México, 1999-2007.

¹⁵ Secretaría de salud, Norma oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Nom 007-SSA. 1993. Última fecha de actualización 2004.

Para el 2004, la razón de la Mortalidad Materna (RMM) por esta causa fue de 18% a nivel nacional¹⁶. En ese mismo año, 13 entidades federativas presentaron una RMM superior a la reportada a nivel nacional, destacándose Tlaxcala y Durango como los estados con la RMM más elevada (de 33 y 34 % respectivamente) y Nuevo León con la RMM más baja.

En México, actualmente la preeclampsia/eclampsia se presenta en un 5 a 10% de los embarazos y es causa importante de muerte materna y neonatal, así como de prematuridad, restricción en el crecimiento intrauterino, muerte perinatal y desde luego todas las complicaciones secundarias a la prematuridad como la inmadurez pulmonar y neurológica.

El sistema Nacional de Salud de México durante el año 2005, reportó 1,242 defunciones maternas, de las cuales una tercera parte se debe a trastornos hipertensivos durante el embarazo lo que representa casi el 34% del total de muertes maternas, cifras que desafortunadamente han disminuido lentamente.



¹⁶ Secretaría de Salud/INEGI mortalidad materna, México, 1999-2007

4.3 FACTORES DE RIESGO DE LA PREECLAMPSIA:

Se entiende como factor de riesgo, la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

La literatura está llena de información sobre los factores epidemiológicos que predisponen a la Preeclampsia-eclampsia, entre los que se pueden mencionar:

La Nuliparidad: se ha mencionado como de mayor riesgo, dado que la paciente que se enfrenta por primera vez al embarazo tiene ocho veces más probabilidades de desarrollar algún cuadro hipertensivo.

La Multiparidad: se ha asociado a hipertensión solamente en virtud de una edad materna mayor.

La Historia familiar: se ha mencionado como predisponente ante la posibilidad de algún componente genético probablemente recesivo, apoyado por la mayor incidencia que tienen las hijas de madres que padecieron algún tipo de hipertensión en el embarazo.

Circunstancias gestacionales agregadas: como el embarazo múltiple y el embarazo con degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, se han señalado como entidades predisponentes, en las que el mayor volumen trofoblástico incrementa el riesgo de su presentación.

Edades reproductivas extremas: las pacientes menores de veinte años o bien aquellas mayores a 35 años no solamente incrementan el riesgo de su

presentación, sino que se ha asociado a una mayor severidad del cuadro hipertensivo.

Patología fetal: las alteraciones fetales que cursan con polidramnios se han asociado a preeclampsia en 70% de los casos.

Nivel socioeconómico y raza: la presentación en pacientes tanto de raza negra, y/o nivel socioeconómico bajo se ha visto mayormente asociada a preeclampsia-eclampsia.

Sexo: se ha mencionado también la probabilidad de una mayor incidencia en la presentación de Preeclampsia cuando el producto de la concepción es de sexo masculino, situación atribuible probablemente a la presencia de antígenos de histocompatibilidad en el cromosoma "Y" que ha sido descrito como DR4.

Deficiencias nutricionales: la deficiencia de calcio ha sido implicada dado que la suplementación de este mineral en las pacientes con factores de riesgo se ha visto disminuida.

Patología agregada: Infección de vías urinarias recurrentes, presión arterial media igual o mayor de 95 mmHg en el segundo trimestre, ganancia excesiva de peso a lo esperado a edad gestacional, sospecha de restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU), hidrops/degeneración hidrópica de la placenta.

V. NIVELES DE PREVENCIÓN PARA LA PREECLAMPSIA

Prevenir es intervenir en el desarrollo de las enfermedades o de los factores de riesgo que las preceden, para disminuir su prevalencia o sea, disminuir su frecuencia y / o minimizar sus consecuencias

Según la OMS, podemos intervenir en prevención mediante:

- **Prevención Primaria** para disminuir la incidencia de las enfermedades, controlando los factores de riesgo.
- **Prevención Secundaria** para detectar las enfermedades antes de que se manifiesten clínicamente y poder así mejorar el tratamiento y el pronóstico, lo que se consigue haciendo pruebas de cribado a toda la población sana por definición.
- **Prevención Terciaria**, donde la intervención se efectúa cuando la enfermedad ya se ha manifestado y se hace para paliar sus efectos.

5.1. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Los trastornos hipertensivos del embarazo pueden aparecer sin previo aviso o con el desarrollo gradual de los síntomas. Un objetivo clave es la identificación precoz de la mujer en riesgo de desarrollar preeclampsia. Por consiguiente, durante la primera visita prenatal debe valorarse a toda paciente en busca de los factores etiológicos. Durante cada visita posterior, se valorara a la mujer

para determinar si hay síntomas que sugieran la aparición o la presencia de la preeclampsia

Siendo la prevención parte fundamental en la detección de la preeclampsia, en un primer nivel de atención a la paciente embarazada, la enfermera se debe dedicar a la tarea de detectar de manera temprana en la mujer embarazada signos o síntomas de alarma que pudiesen indicar alguna complicación durante la gestación, a su vez que le proporcionan a la paciente información importante con la finalidad de evitar complicaciones propias del embarazo como lo son la preeclampsia, y ante la presencia de algún indicio la paciente es referida a un segundo nivel de atención, donde se pretende brindar la atención específica que conlleva un embarazo considerado de riesgo.

Importancia de la vigilancia prenatal en el embarazo de alto riesgo

Concepto actual de embarazo de alto riesgo. La palabra “riesgo” se define de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, como: “probabilidad de daño, lesión o pérdida, así como contingencia o proximidad de un daño”. El término “alto” tiene varias acepciones: las más adecuadas serían “grave y enorme” de la combinación de estas dos definiciones podemos concluir que “riesgo alto” entraña obligadamente un aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o bien de mortalidad para la madre, el feto y el neonato.

Atención prenatal con enfoque de riesgo

La atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico.

Con el control prenatal se persigue:

- Fomentar el autocuidado y la nutrición perinatal.
- Promover la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- Detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Fomentar la detección de los defectos al nacimiento.

La atención prenatal debe incluir los siguientes requisitos básicos:

- Oportuna: debe iniciarse antes de la 12a semana de gestación.
- Periódica: favorecerá el seguimiento del embarazo de bajo riesgo o normal

Cuando se trate de embarazos de alto riesgo las consultas se ajustarán de acuerdo a la aparición de complicaciones y el factor de riesgo.

Los componentes esenciales en la optimización de los resultados maternos y fetales como lo son el cuidado prenatal precoz, la identificación de las mujeres embarazadas en riesgo de preeclampsia y el reconocimiento y la notificación de los signos físicos de alerta. Donde las enfermeras en su papel promotoras de la salud, deben tomar medidas para mejorar la educación sanitaria el autocuidado y el acceso a la educación prenatal a través de la asesoría en

cuanto a los servicios de salud con los que cuenta, sobre una nutrición adecuada, cambios que se presentarán ante su condición de embarazo, por estas razones el papel de la enfermera como educadora es importante en lo que se refiere a informar a la mujer sobre su situación y las responsabilidades en el tratamiento de la preeclampsia, ya sea en el domicilio o en el hospital.

Importante es también el apoyo emocional a la mujer y a su familia, al afrontar las condiciones en que debe llevar su embarazo, su percepción del proceso de enfermedad, las razones del mismo y los cuidados recibidos afectarán su tolerancia y su participación en la terapia donde su familia juega también un papel trascendental.

Actividades a realizar en la Primera consulta prenatal

En la primera consulta se debe realizar la historia clínica completa de la paciente con énfasis en la identificación de factores de riesgo de acuerdo al modelo de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

En las consultas subsecuentes efectuar y registrar las siguientes actividades:

- Calcular la edad gestacional;
- Investigar la presencia de cefalea; acufenos y fosfenos;

- Peso de la paciente usando la misma báscula, vestida con ropa ligera, preferentemente a la misma hora todos los días, después de orinar, antes del desayuno, para obtener pesos diarios fiables.
- Medición de la presión arterial siempre en el mismo brazo, estando sentada la paciente para que las lecturas sean constantes y precisas y apoyando su brazo en una mesa en posición horizontal a nivel del corazón.
- Medición de la altura de fondo uterino,
- Auscultación de frecuencia cardíaca fetal y valorar la actividad del bebé, la disminución de la actividad. (menos de tres movimientos por hora) pueden indicar sufrimiento fetal¹⁷.
- Valorar reflejos osteotendinosos y presencia de edema ya que son signos que indican complicaciones del cuadro de preeclampsia.
- Analizar estudios básicos de laboratorio (biometría hemática, glicemia, examen general de orina, con muestra obtenida en condiciones de asepsia o con tiras reactivas (bililabstix) con el fin de valorar la presencia de proteinuria.
- Por lo general, se recomienda una dieta rica en proteínas, evitar los alimentos abundantes en sodio.

Las pacientes con preeclampsia leve son manejadas de manera ambulatoria, es decir llevan el tratamiento específico en casa y mantienen revisiones

¹⁷ Leonard, L perry S. Boback. Enfermería materno infantil 6a edición España Harcout/océano 2003

médicas programadas a menos que presentaran signos y/o síntomas que indiquen urgencia ante lo cual deberán asistir a consulta inmediata.

- El tratamiento a domicilio puede ser satisfactorio si la preeclampsia es leve, la motivación, la disposición y la capacidad para aprender son consideraciones esenciales para una mujer que requiere instrucciones sobre su autocuidado en el domicilio. La importancia de cumplir con sus citas prenatales programadas de manera que puedan detectarse de inmediato cambios u anormalidades

Información que debe conocer la mujer embarazada y para notificarla inmediatamente:

- Signos y síntomas de preeclampsia como: aumento en su presión arterial, proteínas en la orina, ganancia mayor de 500kgs /semana o edema y/o cefalea.

El reposo en cama en posición de decúbito lateral es un tratamiento estándar para la preeclampsia y mejora el flujo sanguíneo útero-placentario durante el embarazo. Se ha demostrado que una de las ventajas del reposo en cama es la disminución de la presión arterial y la estimulación de la diuresis.

Las mujeres con preeclampsia leve se sienten bastante bien; sin embargo, el tedio por la restricción es común. Algunas medidas para solucionarlo son

actividades recreativas como el recibir visitas de amigos, hablar por teléfono crear un ambiente placentero (cuidado en casa).

El ejercicio suave (por ejemplo, amplitud de movimientos, estiramiento, ejercicios de Kegel, bascula pélvica) son importantes para mantener el tono vascular, el flujo sanguíneo, la regularidad de la función intestinal y una sensación de bienestar.

Las técnicas de relajación pueden ayudar a reducir el estrés asociado con la situación de alto riesgo y preparar a la mujer para el parto. Se instruye a la mujer sobre como tomarse la presión arterial y llevar un registro de las mediciones. Las mujeres deben recibir instrucciones formales en el uso de técnicas correctas y estandarizadas, para obtener mediciones precisas.

Debido a que la enfermedad tiene efectos potenciales adversos sobre el flujo sanguíneo uterino debe evaluarse con regularidad si el feto está sufriendo hipoxemia. Se instruye a la mujer sobre la importancia de cumplir sus citas para las pruebas de valoración del feto, como las pruebas sin estrés y el perfil biofísico. También es necesario explicarle el propósito de las pruebas y las sensaciones que percibirá durante los procedimientos.

Para el tratamiento en casa, la mujer puede recibir instrucciones para aprender a contar los movimientos fetales percibidos un recuento diario de la actividad fetal por debajo de tres movimientos/hora se considera insuficiente y debe notificarse. La actividad fetal disminuye con el desarrollo de la hipoxia.

Las mujeres embarazadas con hipertensión crónica tienen un volumen plasmático menor que las normotensas; por tanto, no se les recomienda la restricción de sodio. Las mujeres necesitan sal para mantener el volumen sanguíneo y la perfusión placentaria. La excepción puede ser la paciente con hipertensión crónica que se controla bien con una dieta baja en sal antes del embarazo. Un consumo adecuado de líquido ayuda a mantener el volumen óptimo de fluidos y es bueno para la perfusión y la filtración renal. La enfermera utiliza la información de la valoración referente a la alimentación de la mujer para orientarla en las áreas consideradas en cuanto a su alimentación deficiente.

Durante el periodo de instrucción a la mujer y a su familia, debe dejarse tiempo para la asimilación de la información, las preguntas y las preocupaciones. La comprensión de la paciente por lo general tiene una asociación directa con el cumplimiento del programa prescrito.

La comprensión de la paciente por lo general tiene una asociación directa con el cumplimiento del programa prescrito.

VI. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN ANTE PREECLAMPSIA SEVERA

La mujer con preeclampsia severa está críticamente enferma. Las recomendaciones varían desde el parto inmediato hasta un tratamiento conservador del embarazo. El reconocimiento de los hallazgos clínicos y de laboratorio de preeclampsia severa, es importante si se va a iniciar la terapia para prevenir la mortalidad materna y la perinatal. Sin importar la modalidad de tratamiento iniciada, el parto es el único tratamiento definitivo de la preeclampsia severa.

Para ofrecer cuidados de calidad que nos permitan identificar riesgos y daños oportunamente es necesario implementar estrategias que permitan una valoración oportuna y un tratamiento adecuado.

6.1 Valoración de signos clínicos y de laboratorio para la mujer con preeclampsia severa

1. Realizar historia clínica de enfermería

- ✓ Identificación de antecedentes en la paciente y familiares de preeclampsia.
- ✓ Exploración Física
 - Presión arterial, comparar con los valores basales.
 - Observar la aparición de edema: vigilar el aumento de peso >1kg/semana.

Valorar la existencia de hiperreflexia.

Valorar la presencia de alteraciones visuales, cefalalgia, somnolencia, dolor epigástrico.

2. Valoración de datos de laboratorio

- Proteinuria: a 2gr en orina de 24 horas.

Se determina el volumen de diuresis, que debe ser de por lo menos 30ml por hora o 120 ml/ 4hrs.

- Valor hematocrito: la elevación del valor hematocrito implica hemoconcentración, que ocurre al dejar el líquido al espacio intravascular y entrar en el espacio extravascular.
- El ácido úrico sanguíneo parece guardar una buena correlación con la gravedad de la preeclampsia (los diuréticos tiacídicos pueden producir aumento importante de la concentración de ácido úrico).

3. Valorar signos y manejo de la preeclampsia

- ❖ Mantener tratamiento antihipertensivo si la presión arterial es mayor de 110 mm Hg.
- ❖ Administración de sulfato de magnesio como profilaxis contra las convulsiones
- ❖ Vigila datos clínicos y de laboratorio de hipoglucemia ya que puede estar presente en la mujer con preeclampsia; un nivel en glucosa en la sangre menor de 40mg/dl se asocia con un aumento de la mortalidad materna.

4. Se debe incluir en esta etapa un enfoque educacional para la paciente y sus familiares
 - Explicarle a la futura madre las modalidades terapéuticas que existen para su tratamiento
 - Explicar las posibles implicaciones de la preeclampsia, para la salud materna y neonatal.
 - Brindar oportunidades para plantear preguntas y preocupaciones individuales de la mujer y sus familiares.

6.2 Cuidado hospitalario a la paciente con preeclampsia severa

La mujer con preeclampsia severa tiene múltiples problemas y supone un desafío complejo al equipo de salud. Las enfermeras que tienen a su cargo a estas mujeres requieren un buen conocimiento del proceso de la enfermedad, el régimen de tratamiento y las posibles complicaciones que afectan a la madre y al feto. Los cuidados de enfermería deben centrarse en ambos.

Los cuidados anteparto se centran en la estabilización y la preparación para el parto, se comienza con la monitorización materna y fetal, la educación referente al proceso de la enfermedad y las medidas de apoyo dirigidas hacia la paciente y la familia. Las valoraciones incluyen la revisión de los sistemas cardiovascular, pulmonar, renal, hematológico y nervioso central.

Las valoraciones del bienestar fetal (por ejemplo prueba sin estrés, perfil biofísico, ultrasonido Doppler) son importantes a causa del potencial de hipoxia relacionado con la insuficiencia útero-placentaria.

Las valoraciones basales de laboratorio abarcan estudios metabólicos de enzimas hepáticas (AST,ALT, LDH), cuadro hemático completo con plaquetas, perfil de coagulación para valorar la coagulación intravascular diseminada (CID) y estudios de electrolitos para determinar el funcionamiento renal.

Por lo general se prescribe reposo en cama. El ingenio de las enfermeras puede ponerse a prueba para ayudar a la mujer a afrontar desde los puntos de vista físico y psicológico, los efectos colaterales de la inmovilidad y la limitación del ambiente en cuanto a estímulos y apoyo se refiere.

Los cuidados de enfermería de la mujer con preeclampsia severa comprenden valoraciones continuas maternas y fetales a medida que progresa el parto. La valoración y la prevención de la hipoxia tisular y la hemorragia, que pueden conducir a un compromiso permanente de los órganos vitales, continúan durante los periodos intraparto y posparto.

6.3. Tratamiento farmacológico en un segundo nivel de atención para la paciente con preeclampsia

Control de la presión arterial: en la mujer con preeclampsia pueden utilizarse medicamentos antihipertensivos para reducir la presión diastólica. El comienzo de la terapia antihipertensiva reduce la morbilidad y la mortalidad maternas asociadas con el fallo del ventrículo izquierdo y la hemorragia cerebral debido a que se necesita un cierto grado de hipertensión materna para mantener la perfusión útero placentaria, la terapia antihipertensiva no debe reducir demasiado la presión arterial demasiado ni con demasiada rapidez, el rango deseado para la presión diastólica es por lo tanto de 90 a 100mm de Hg, la elección del agente depende de la respuesta de la paciente.

Enfermería: valora los efectos de los medicamentos, alerta a la madre sobre los efectos esperados de estos, valora la presión arterial porque una caída precipitada puede conducir al shock y quizás al abrupcio de placenta, valora diuresis, mantiene a la paciente en reposo en cama en decúbito lateral y con barandales elevados.

- **Nifedipina:** bloqueador de los canales de calcio

Mecanismo de acción: Inhibe el flujo de iones Ca al tejido miocárdico y muscular liso de arterias coronarias y vasos periféricos. Dilata las arterias coronarias mejorando el suministro de oxígeno al miocardio reduciendo sus

necesidades, y dilata vasos arteriales periféricos reduciendo la resistencia periférica. Efectos en la madre, cefalea, rubor, posible potenciación de los efectos en el SNC si se administra a la vez que el sulfato de magnesio. Efectos fetales: taquicardia, desaceleraciones tardías y bradicardia, si la presión materna diastólica es mayor a 90mm Hg. Indicaciones: Administrar 10 mg por vía oral y pasar simultáneamente carga de solución cristaloide (solución salina al 0.9% o solución hartmann).

Sólo en caso de que la presión arterial diastólica continúe siendo ≥ 110 mm de Hg., se repetirá la dosis cada 30 minutos por la misma vía. Dosis máxima: 50 mg.

- **Hidralazina:** vasodilatador

Mecanismo de acción: actúa sobre las arteriolas periféricas, disminuye el tono muscular y la resistencia periférica: hipotálamo y centro medular vasomotor para disminución menor del tono simpático

Indicaciones: Administrar un bolo inicial de 5 mg IV (diluir en 20 ml de solución salina), continuar con bolos de 5 a 10 mg cada 20 minutos. Dosis máxima: 30 mg. Efectos en la madre: cefalea, rubor, palpitación, taquicardia, alguna disminución del flujo sanguíneo útero placentario, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento del consumo de oxígeno. Efectos fetales: taquicardia, desaceleraciones tardías y bradicardia si la presión materna diastólica es <90 mm de Hg.

- **Clorhidrato de Labetalol:** beta bloqueador

Mecanismo de acción: actúa disminuyendo la presión sanguínea mediante el bloqueo de los receptores alfa-adrenérgicos arteriales periféricos y, por ello, reduciendo la resistencia periférica, Iniciar con 20 mg IV seguido de intervalos de 40 a 80 mg cada 10 minutos. Hasta una dosis acumulada máxima de 220 mg. También se puede usar una infusión continua IV de 1 a 2 mg/min., en lugar de la dosis intermitente. Los efectos sobre la madre y el feto son mínimos.

Alfa Metildopa: Agonista de los receptores alfa₂, actúa sobre terminales postganglionares, interfiere con la neurotransmisión química para reducir la resistencia vascular periférica, produce sedación del SNC.

Tratamiento de mantenimiento si es necesario: 250 a 500mg por vía oral cada 8 horas, efectos en; Terminales nerviosas postganglionares: interfiere con la neurotransmisión química para reducir la resistencia vascular periférica. Produce sedación del SNC, efectos en la madre: Somnolencia, hipotensión postural, estreñimiento; poco frecuentes: fiebre inducida por medicamentos en el 1% de las mujeres y resultado positivo de la prueba de Coombs en el 20%, efectos fetales: Después de 4 meses de terapia materna, prueba de Coombs positiva en el bebé.

Una vez estabilizada la paciente (cifra diastólica \leq a 100 mm Hg) continuar con tratamiento usando los siguientes medicamentos:

Dosis de mantenimiento.	
Alfa metil dopa	250 a 500 mg. VO cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 2 gr.
Hidralazina	30 a 50 mg. VO cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 200 mg.
Nifedipina	10mg V.O cada 8 horas
Labetalol	100 a 200 mg VO cada 12 horas. Dosis máxima: 1200 mg.

El sulfato de magnesio es el medicamento de elección para la prevención y tratamiento de las crisis convulsivas¹⁸

El sulfato de magnesio es depresor cerebral; reduce además la irritabilidad neuromuscular y produce vasodilatación y disminución de la presión arterial, la concentración dañina terapéutica es de 6^a 8 mg/dl.

El sulfato de magnesio interfiere con la liberación de acetilcolina en la sinapsis, por lo que disminuye la irritabilidad neuromuscular, deprime la conducción cardiaca y aumenta la irritabilidad del sistema nervioso central.

- Impregnación: se da una dosis inicial de 4 grs en 100mls de solución glucosa al 5% perfundidos en 20 a 30 minutos.

¹⁸ Secretaria de Salud Prevención, Diagnostico y Manejo de la Preeclamsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.

- Mantenimiento: continuar con 1 gr por hora administrados en infusión solución glucosa al 5% (900 cc más 10 ampolletas de 1 gr, pasar 100 a 200 ml de solución por hora (pasar 24 o 48 gotas por minuto). La dosis de mantenimiento sólo se debe continuar si el reflejo patelar está presente, la frecuencia respiratoria es mayor a 12 por minuto y la uresis mayor de 100 ml en 4 horas. Vigilar la función renal, estado de conciencia y frecuencia respiratoria.
- En caso de dolor abdominal, confusión, estreñimiento, depresión, diarrea, dolor de cabeza, latidos cardiacos irregulares los cuales son datos de intoxicación, utilizar 1 gr de gluconato de calcio IV diluido en 100 cc de solución fisiológica y pasar en 15 minutos.
- En caso de no contar con sulfato de magnesio utilizar cualquiera de los dos medicamentos siguientes:
 - Fenobarbital: Barbitúrico de acción prolongada, hipnótico, anticonvulsivo y sedante; administrar una ampolleta de 330 mg IM o IV cada 12 horas
 - Difenilhidantoina sódica, anticonvulsionante inhibe la dispersión de la actividad epiléptica.
- Impregnación: 10 a 15 mg/kg, lo que equivale a la administración de 2 a 3 ampolletas de 250 mg. Aforar en solución salina (100 ml) y administrar a una velocidad no mayor a 50 mg por minuto (con pruebas de funcionamiento hepático normales)

Mantenimiento: 5 a 6 mg/kg dividido en tres dosis

6.4. Cuidados de enfermería a la paciente hospitalizada con preeclampsia

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Hipertensión	<p>Valorar la presión arterial cada hora a cada cuatro horas, en el mismo brazo, con la paciente en la misma posición</p> <p>Fármacos:</p> <p>Ministración de medicamentos antihipertensivos</p>	<p>La presión arterial puede fluctuar cada hora, y aumenta como resultado de aumento de la resistencia periférica a causa de vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.</p> <p>La terapia antihipertensiva no debe reducir demasiado la presión arterial el rango deseado para la presión diastólica es por lo tanto de 90 a 100mm de Hg, la elección del agente depende de la respuesta de la paciente.</p>

PROBLEMA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Retención de Agua.</p> <p>Edema</p>	<p>Pesar a la paciente todos los días; el aumento de 1 kg a la semana o más durante el segundo trimestre, o de ½ kg a la semana durante el tercer trimestre.</p> <p>Valorar el edema:</p> <p>+ (1+) Mínimo: edema ligero de las regiones podálicas y pretibial.</p> <p>++ (2+) Edema notable de las extremidades inferiores.</p> <p>+++ (3+) Edema de manos, cara, parte baja de la pared abdominal y sacro.</p> <p>++++ (4+) Anasarca son ascitis.</p> <p>Conservar a la paciente bajo reposo en cama.</p>	<p>El aumento de peso y las pruebas de edema son causados por retención de sodio y agua.</p> <p>La disminución del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular contribuyen a la retención: no se han dilucidado los mecanismos reales.</p>

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Proteinuria	<p>Obtener una muestra de orina emitida con limpieza.</p> <p>Verificar la existencia de proteinuria cada hora y todos los días.</p> <p>Uso de tiras reactivas: billilabstix</p>	<p>La orina contaminada con descarga vaginal o eritrocitos puede indicar proteínas positivas</p> <p>Ayuda a valorar la gravedad y el progreso de la preeclamsia.</p> <p>La proteinuria es resultado de tumefacción del endotelio de los capilares glomerulares.</p> <p>El vasoespasmo de las arteriolas eferentes fomenta la fuga de proteínas.</p>

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
Disminución de la excreción urinaria.	<p>Insertar sonda vesical a permanencia. El cual permite la vigilancia de la función renal y la efectividad de la terapia, si la diuresis es menor de 30 mls o menos de 120 mls en 4 horas.</p> <p>Control de líquidos:</p>	<p>La sonda facilita la valoración de la orina cada hora</p> <p>Disminuyen el flujo plasmático renal y la filtración glomerular.</p> <p>El aumento de la oliguria indica empeoramiento del trastorno.</p>

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Ingestión insuficiente de proteínas.	<p>Determinar la excreción de orina cada hora: avisar al médico si la excreción de orina <30 ml/hr</p> <p>Brindar proteínas en cantidad suficiente: 1.5 g/kg/24 horas para la Preeclamsia leve.</p>	<p>Las proteínas plasmáticas afectan el desplazamiento de los líquidos intravascular y extravascular</p>

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
hiperreflexia	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los reflejos rotuliano, del tobillo y bicipital • Fomentar el reposo en cama: • Administrar la sedación que se haya ordenado(diacepam o fenobarbital por vía bucal o intramuscular • Ministrar sulfato de magnesio según la prescripción médica. • Antes de administrar la dosis subsecuente de Sulfato de 	<p>Valorar los reflejos ayuda a identificar el nivel de irritabilidad muscular y nerviosa.</p> <p>El reposo reduce los estímulos externos.</p> <p>Se ordena a menudo sedación</p> <p>El sulfato de magnesio es depresor cerebral; reduce además la irritabilidad neuromuscular y produce vasodilatación y disminución de la presión arterial, la concentración dañina terapéutica es de 6ª 8 mg/dl.</p> <p>El reflejo rotuliano desaparece cuando</p>

	<p>Magnesio, verificar los reflejos (rotuliano, del tobillo y bicipital)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar frecuencia respiratoria 	<p>las concentraciones sanguíneas de Sulfato de Magnesio son > 10mg/ dl, se desarrollan signos y síntomas de toxicidad al incrementarse las concentraciones sanguíneas; puede ocurrir paro respiratorio a concentraciones sanguíneas de 12 a 15 mg/dl.</p> <p>Durante la administración de sulfato de magnesio vigilar la frecuencia respiratoria sea mayor a 12 respiraciones por minuto.</p>
--	--	---

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Aumento de la movilidad y motilidad fetal</p>	<p>Valorar el estado fetal:</p> <p>Vigilar los ruidos cardiacos fetales cada 4 hrs. si la paciente tiene preeclampsia leve.</p> <p>Las pacientes con preeclampsia – eclampsia grave requieren vigilancia fetal continua.</p>	<p>Valorar el estado fetal</p>

PROBLEMA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>Alimentación y dieta</p>	<p>Debido a que el embarazo es una etapa en la que el organismo sufre adaptaciones metabólicas importantes, es necesario brindar a la paciente la información sobre la importancia de llevar a cabo una adecuada alimentación.</p> <p>Suplementación de ácido ascórbico</p> <p>Dieta hiposódica</p> <p>Dieta hiperproteica</p> <p>Consumo adecuado de líquidos.</p>	<p>Cubrir las necesidades propias de la mujer.</p> <p>Cubrir demandas nutricionales del crecimiento fetal.</p> <p>Preparar al organismo materno para poder afrontar mejor el parto.</p> <p>Está implicado en la patofisiología de la preeclampsia, siendo un importante antioxidante, que podría actuar previniendo el desarrollo de esta patología.</p> <p>La dieta hiposódica (hasta 6 g de sal al día)</p> <p>hiperproteica (75-100 g de proteínas al día)</p> <p>Ayuda a mantener el volumen óptimo de fluidos y es bueno para la perfusión y filtración renal.</p>

VII. LIMITACIÓN DEL DAÑO EN LA PREECLAMPSIA

Uno de los problemas más importantes es el recomendar un método anticonceptivo en las pacientes que han tenido una complicación durante la gestación como es la preeclampsia-eclampsia ya que habitualmente estas pacientes son jóvenes y no han tenido una paridad satisfecha, además de evaluar que estas pacientes volverán a tener una nueva gestación en un periodo corto si no se indica una metodología con un porcentaje de seguridad elevado.

De acuerdo a la literatura, el dispositivo intrauterino es el método idóneo para este tipo de pacientes ya que su aceptación es importante así como su pobre tasa de embarazos no planeados y duración haciendo el periodo intergenésico adecuado.

Los métodos hormonales aunque no tienen una contraindicación formal son el segundo método y por último están los métodos locales que son poco recomendables y confiables por tener una aplicación muy personal de la paciente siendo por olvido o negligencia la mayor falla. Orientar acerca de las opciones en los diferentes métodos anticonceptivos para la planificación familiar, el espaciamiento en los embarazos y la prevención del embarazo no planeado, aborto y sus graves complicaciones.

La norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar (NOM 005-SSA2-1993) describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, destacando

los elementos de información y orientación la cual se enfocará a la disminución de los factores de riesgo para preeclampsia como son: disminuir el número de mujeres con periodos íntergenésicos cortos, mejorar el estado nutricional en el periodo pregestacional y especial atención a aquellas mujeres que en sus embarazos anteriores presentaron preeclampsia

El método anticonceptivo se elegirá conjuntamente entre el médico y la paciente de acuerdo a las conveniencias y los deseos reproductivos de la mujer. De acuerdo a la norma oficial de planificación familiar, las recomendaciones para el uso de los métodos anticonceptivos son las siguientes:

Métodos anticonceptivos en pacientes con antecedentes de preeclampsia leve¹⁹

Opción	Métodos Anticonceptivos
Primera	Dispositivo intrauterino (DIU) postevento obstétrico
Segunda	Hormonales orales combinados o inyectables que podrán utilizarse después de seis meses posparto con lactancia y después de seis semanas posparto sin lactancia.
Tercera	Oclusión tubaria bilateral o vasectomía en pacientes con deseos de obtener un método permanente (con consentimiento informado y firmado, integrado al expediente)

¹⁹ Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar (NOM 005-SSA-1993)

En pacientes con antecedente de preeclampsia severa

Opción	Métodos Anticonceptivos
Primera	Dispositivo intrauterino (DIU) postevento obstétrico
Segunda	Oclusión tubarica bilateral. Con consentimiento informado y firmado integrado al expediente.
Tercera	Hormonales orales combinados o inyectables que podrán utilizarse después de 6 meses posparto con lactancia y después de seis semanas posparto sin lactancia, descartando hipertensión arterial esencial.

VIII. CONCLUSIONES:

Desafortunadamente en nuestro país, el problema preventivo no ha sido resuelto, y esta complicación del embarazo continuará por muchos años, por ello es importante la labor dentro del área preventiva, ya que la Preeclampsia-eclampsia continúa ocupando los primeros lugares en la mortalidad materno fetal, y el hecho de ser una enfermedad de causa desconocida, en muchas ocasiones obstruye la detección temprana, tal vez muchas pacientes confundan los signos y síntomas que puedan presentar durante su estado de gestación considerándolos tal vez hasta normales, y ahí es donde entra nuestra participación como educadores para la salud, fomentando la visita prenatal de la paciente embarazada para realizar una adecuada valoración y con ello un adecuado tratamiento, mencionar la importancia del autocuidado haciendo de su conocimiento los síntomas anormales que pudiera presentar lo que le permitirá expresar sus inquietudes y temores, para con ello el personal de salud, pueda llevar a cabo su tratamiento tomando como prioridad el evitar las complicaciones propias de la preeclampsia–eclampsia para llevar así una gestación lo más satisfactoria posible, para la madre y el feto, logrando con ello el nacimiento de un producto sano.

IX. GLOSARIO:

Abruptio de placenta:

Separación prematura parcial o completa de una placenta normalmente implantada.

Albuminuria:

Presencia de cantidades detectables de albúmina en orina.

Autocuidado:

El concepto de autocuidado es un concepto muy utilizado en la disciplina de la enfermería, este concepto es y definió el autocuidado como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Crisis convulsiva:

Una convulsión, crisis epiléptica o comicial es un evento súbito y de corta duración, caracterizado por una anormal y excesiva o bien sincrónica actividad neuronal en el cerebro. Las crisis epilépticas suelen ser transitorias, con o sin disminución el nivel de consciencia y/o movimientos convulsivos y otras manifestaciones clínicas.

Edema:

El edema (o hidropesía) es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo

Hipoxia:

Es un trastorno en el cual el cuerpo por completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de oxígeno.

Hipoxemia:

Es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial
No debe confundirse con hipoxia, una disminución de la difusión de oxígeno en los tejidos

Trofoblasto:

Capa exterior de células de la vesícula blastodérmica en desarrollo de donde se desprende el trofodermo o capa alimentaria, que establecerá la relación nutricional con el endometrio.

Oligohidramnios:

Cantidad anormalmente pequeña o ausencia de líquido amniótico; a menudo indicativo de un defecto del tracto urinario fetal.

Oliguria:

Diuresis por debajo de los 25 a 30 mls durante dos horas consecutivas.

XANEXOS

ANEXO I. ETIQUETAS DE PROBABLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería se derivan del análisis detallado de los hallazgos de la valoración. Donde podemos incluir los siguientes:

- Alteración de la perfusión tisular relacionada con vasoespasmo, manifestado con cifras de tensión arterial elevadas
- Ansiedad relacionada con:
- Déficit de conocimiento referente al tratamiento, dieta, reposo en cama
- Afrontamiento individual/familiar ineficaz relacionado con:
- Restricción de la actividad de la mujer y temor por una complicación del embarazo.
- Incapacidad para la mujer para trabajar fuera del hogar.
- Impotencia relacionada con:
- Incapacidad de prevenir o controlar el problema y los resultados.
- Alteración de la perfusión tisular relacionada con:
- Hipertensión, vasoespasmo, edema cerebral y hemorragia.
- Riesgo de deterioro del intercambio gaseoso relacionado con:
- Tratamiento con sulfato de magnesio
- Edema pulmonar.

- Riesgo de disminución del gasto cardiaco, relacionado con:
 - Terapia hipertensiva
- Riesgo de lesión fetal relacionado con:
 - Insuficiencia útero placentaria
 - Parto prematuro
 - Abruption de placenta
- Riesgo de lesión materna relacionada con:
 - Irritabilidad del sistema nervioso central, secundaria a edema cerebral, vasoespasmo, disminución de la perfusión renal
 - Tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos
 - Abruption de placenta.
- Exceso de volumen de líquidos relacionado con:
 - Retención de sodio y agua
- Déficit potencial de volumen de líquido (intravascular) relacionado con:
 - La pérdida de proteínas

ANEXO II. RESULTADOS ESPERADOS

La planificación de los cuidados sigue al diagnóstico médico, la elección de tratamiento en el domicilio o en el hospital así como los recursos de la mujer y de la familia. Se desarrolla un plan a ser posible en colaboración con la paciente, el cual se ajuste de forma individual y esté relacionado específicamente con las necesidades de la paciente y de su familia. Los resultados esperados de los cuidados de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo incluyen los siguientes:

- la paciente reconocerá y notificará de inmediato los signos y síntomas anormales para prevenir el empeoramiento del problema.
- la paciente cumplirá con el régimen médico para minimizar los riesgos para ella y para su feto.
- las personas cercanas se comprometerán y apoyarán el cuidado de la mujer y el tratamiento de la enfermedad para optimizar los resultados emocionales y físicos.
- La paciente expresará sus temores y preocupaciones para enfrentarse con la situación y el problema.
- La paciente y el feto no sufrirán secuelas adversas de la preeclampsia-eclampsia o su tratamiento.
- la mujer no experimentará eclampsia ni sus complicaciones.

- El feto no sufrirá; el recién nacido vendrá al mundo en condiciones óptimas sin secuelas adversas por el estado materno o por su tratamiento.
- La paciente dará a luz en condiciones óptimas sin secuelas por su estado y tratamiento.
- La familia podrá afrontar de forma efectiva la situación de alto riesgo de la madre, su tratamiento y sus resultados.

ANEXO III. PROCEDIMIENTO BÁSICO PARA LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Aspectos generales:

- La medición se efectuará después de por lo menos, 10 minutos en reposo.
- La paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de su medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- La presión arterial se registrará en posición de sentado con un buen soporte en la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- En la revisión clínica más detallada y en la primera del paciente, la presión arterial debe ser medida en ambos brazos.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete, deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos el 80% de la circunferencia del mismo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15cms, y el largo de 24 cms.

Técnica:

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro recientemente calibrado.
- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete, situando el manguito sobre la arteria braquial y colocando el borde inferior del mismo 2 cms, por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.

XI. BIBLIOGRAFIA:

- Ahued Ahued.J.R. Programa de actualización continúa para el Ginecoobstetra -1 Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, comité Ejecutivo 1997-1999.México Intersistemas. S.A de C.V Educación Médica Continua 2002. 1112pp
- Arias F. Guía para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2da Edición Madrid España Mosby-Doyma. 2002.846pp
- Cunningham FG y cols. Trastornos Hipertensivos del embarazo. En: Obstetricia de Williams. 22a ed. Médica-Panamericana, Buenos Aires 2006.1890pp
- Hernández P. J.A. Estrada A. A. Medicina critica y terapia intensiva en Obstetricia 9ª edición México intersistemas editores 2007.453pp
- Karchmer K.S. Fernandez D. C. Obstetricia y Medicina perinatal, Temas selectos, Colegio Mexicano de Especialidades en Ginecología y Obstetricia 22ª edición México 2006.987pp
- Ladewing. P. W. London.L. Enfermería maternal y del recién nacido. 5ta edición Madrid España Mc GrawHill Interamericana 2003.1098pp
- Leonard, L. Perry S. Bobak. I. Enfermería materno infantil 6a edición España,Harcourt/Oceano 2003 1462pp (parte 2)

- Pernoll. M.Benson. M. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstericos. 5ª edición México. El manual Moderno 1999. 987pp
- Ramírez. A.F. Obstetricia para la Enfermera Profesional. 12ª edición México. Manual Moderno 2002. 765pp
- Reeder. S. J. Enfermería Obstétrica y neonatología, 7ª edición México Ediciones Harla 2000. 985pp
- Stright R. B. Enfermera Materna neonatal. 6ª edición Madrid Mc Graw Hill interamericana 1999.564pp
- Secretaria de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnostico y Manejo de la Preeclamsia/eclampsia. Lineamiento Técnico.2007.56pp
- World Health Organization WHO. Biblioteca de salud reproductiva de la O.M.S. No 8 Ginebra 2003.
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y de la norma oficial Mexicana Nom. 007 –SSA2 -1993 para la atención a la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. 57pp
- Secretaria de Salud/INEGI, mortalidad materna. México 1990-1997
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA-2-1993. México D.F. mayo de 1994.

- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA-; 1993. 87p