



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MORALES TORRES IVONNE YESENIA

NO. CUENTA: 410099133

INVESTIGACION DERIVADA DEL PROYECTOS PAPIIT N° IN 308814 TITULADA:
INTERVENCION INTEGRAL DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A PRE-ECLAMPSIA

DIRECTORA DE TESINA:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

MÉXICO, D.F.

2014





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.

DEDICATORIAS

La presente tesina se la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir mi carrera. A mis padres y hermanos por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

A mi padre por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre. A mi madre por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos, enseñanzas y sobre todo amor.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome. A todo el resto de mi familia y amigos que de una u otra manera me han llenado de sabiduría para terminar la tesina.

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada y más importante a la Universidad Nacional Autónoma de México esta honorable y máxima casa de estudios que me compartió en conjunto con la maravillosa Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia todos sus conocimientos, saberes científicos, tecnológicos y humanísticos; haciéndome participe entre su comunidad universitaria, en el cual me impulsaron al desarrollo y la adquisición de deberes y formación profesional.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo y a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT de la UNAM clave No. 308814 titulada: “Intervención Integral de Enfermería Para Disminuir Factores de Riesgo Asociados a Pre-eclampsia”, agradezco el apoyo brindado.

A la Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas, por su gran dedicación, paciencia y esfuerzo al conducirme en el saber y quehacer de la profesión, así como el gran apoyo brindado en todos los aspectos para la realización de este trabajo profesional, compartiéndome sus grandes conocimientos y su confianza y así mismo por enseñarme el impulso de la profesión de la enfermería mediante la investigación.

A la L.E.O. Ma. Mercedes Aguilar Rubalcaba, por todo su gran apoyo, enseñanza y transmisión de todos sus conocimientos profesionales y que, con dedicación y constancia siempre estuvo en todo momento motivándome continuamente, agradeciendo enormemente sus excelentes consejos, siendo así una inspiración del quehacer profesional de la enfermería independiente.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	i
AGRADECIMIENTOS	ii
PRESENTACIÓN	4

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Situación del problema	7
1.2 Contexto de estudio	12
1.3 Objeto de estudio.....	18
1.4 Pregunta de investigación.....	18
1.5 Objetivo de estudio	18
1.6 Justificación	19

CAPITULO II. ABORDAJE METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio	11
2.2 Sujeto de estudio	11
2.3 Diseño metodológico	11

CAPITULO III. Intervenciones de Enfermería en pacientes con Pre-eclampsia Atípica

3.1 Marco teórico – empírico	24
3.2 Pre-eclampsia atípica	28
3.3 Características de la pre-eclampsia VS pre-eclampsia atípica	30
3.4 Intervenciones de enfermería en pacientes con pre-eclampsia atípica ..	31
3.4.1 Intervenciones de enfermería en paciente con pre-eclampsia atípica manifestada en embarazo molar.....	44
Caso clínico	46
3.4.2 Intervenciones de enfermería en paciente con pre-eclampsia atípica con presentación en embarazo de 26.6 semanas de gestación	48
Caso clínico	50
3.4.3. Intervenciones de enfermería en paciente con pre-eclampsia atípica con presentación en el puerperio mediato	52
Caso clínico	55

CAPÍTULO IV

4.1 COCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación titulado: “Intervenciones de enfermería en pacientes con pre-eclampsia atípica”, tiene la finalidad de dar a conocer que esta patología se puede presentar en cualquier estadio del embarazo o puerperio, que sus características definitorias no son completamente claras, por lo que la intervención de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia puede prevenir en la medida de lo posible la pre-eclampsia o sus consecuencias con base en el conocimiento de las intervenciones de dicha condición.

En el capítulo I se abordara, la pre-eclampsia atípica, así como el estudio y la planeación metodológica.

Exponiendo en el capítulo III se describe el proceso en el que se realizó el presente estudio de investigación y las técnicas metodológicas empleadas desde la perspectiva cualitativa.

En el capítulo II los referentes teóricos utilizados para el conocimiento, análisis y abordaje del estudio, conceptos que diversos teóricos así como autores que nos brindan la conformación de los conceptos centrales en esta investigación y marco teórico empírico que fundamenta las intervenciones de

enfermería en pacientes con pre-eclampsia atípica y casos clínicos de la misma.

En el capítulo IV se afrontan los conocimientos en conjunto, para poder describir las intervenciones de enfermería en pacientes con pre-eclampsia atípica y se mencionan los resultados obtenidos de ese análisis; finalmente se realizan las conclusiones y recomendaciones oportunas para esta tesina.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN DEL PROBLEMA

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

La hipertensión ocurre aproximadamente en 6 a 10% de los embarazos (CENETEC, 2010). Las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo y en especial la pre-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad y de las más importantes de mortalidad materna y perinatal. Se calcula que mueren anualmente en el mundo 50000 mujeres por pre-eclampsia. (Romero, J., Morales, E., García, E. & Peralta, M.2012).

En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, la pre-eclampsia representa hasta el 34% del total de las muertes maternas, por lo que constituye la principal causa de muerte.

Algunos autores reportan una mayor incidencia de mujeres de raza negra sobre las de raza blanca. Existe un informe en la literatura de que 69% de los síndromes surgen antes del parto y 31% lo hacen después del nacimiento (CENETEC, 2010). Según Sibaí, el riesgo de desarrollar preeclampsia en los embarazos subsecuentes, cuando se presentó el síndrome de HELLP en una gestación previa es de un 50%.

En el contexto clínico la definición de pre-eclampsia ha quedado rebasada porque los criterios tradicionales de coexistencia de hipertensión arterial, proteinuria y edema son arbitrarios e inconsistentes. Puesto que es tan heterogénea y florida en sus manifestaciones clínicas, algunas pacientes pueden iniciar su cuadro clínico sin hipertensión o sin proteinuria, pero sí evidenciando otras manifestaciones multi sistémicas. (Romero J, Carranco C, Leños A & Martínez O, 2014).

La definición clásica de pre-eclampsia es la coexistencia de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación o en las primeras 48 horas posparto. Sin embargo, existe evidencia que esta enfermedad puede iniciarse en ausencia de los datos clínicos mencionados o

aparecer antes de la segunda mitad del embarazo. Los síntomas de la preeclampsia son variables y reflejan disfunción multisistémica. . (Romero J, Carranco C, Leaños A & Martínez O, 2014).

En general, la mayoría de las mujeres tendrán una presentación clásica de la pre-eclampsia (hipertensión y proteinuria) después de las veinte semanas de gestación y/o antes de las cuarenta y ocho horas del parto. Sin embargo, estudios recientes han sugerido que algunas mujeres experimentan pre-eclampsia sin uno de estos hallazgos clásicos y/o fuera de estos períodos de tiempo. Los casos atípicos son los que se desarrollan en antes de las veinte semanas de gestación y después de las cuarenta y ocho horas después del parto y que tienen algunos de los signos y síntomas de pre-eclampsia sin la hipertensión o proteinuria habitual (Hernández, B. Ortiz, E. & Pérez, R., 2012).

La pre-eclampsia es un síndrome multisistémico de gravedad variable, específico del embarazo, consecuencia de una respuesta vascular anormal a la placentación, con aumento de la resistencia vascular periférica, estimulación de la agregación plaquetaria, activación del sistema de la coagulación y disfunción endotelial. En la mayoría de los casos se manifestará con hipertensión gestacional y proteinuria después de las 20 semanas; sin embargo, en otros casos aparece de manera atípica (con ausencia de hipertensión o proteinuria), comportándose como pre-eclampsia

severa. (Castelazo-Morales, E., Monzalbo-Núñez, D. E., López-Rioja, M., de Jesus, & Castelazo-Alatorre, S. 2014).

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión y proteinuria que definen pre-eclampsia probablemente representan la última etapa de una enfermedad que comienza muy temprano en el embarazo. Existen múltiples teorías y poco acuerdo, sobre la causa última de la pre-eclampsia, y es probable que muchos diferentes causantes iniciales convergen en una fisiopatología común (o dos fisiopatologías comunes, si se considera temprana y pre-eclampsia de inicio tardío por separado). (Rosas, M. Lomelí, C. Mendoza, C. Lorenzo, J. Méndez, A. Pérez, S., & Attie, F. 2008).

La presente investigación nos permite darnos cuenta que una *Pre-eclampsia Atípica* no solo puede ser antes de las 20 semanas de gestación sino que hay evidencias de casos donde ha surgido después de estas.

El interés de realizar esta investigación, surge al observar múltiples casos de *Pre-eclampsia Atípica* en el Hospital General Ajusco Medio, la cual no tiene un cuadro sintomatológico base ni intervenciones de enfermería específicas. Por lo cual este trabajo nos orientara a reconocer las intervenciones de enfermería que se pueden realizar y adaptar, dependiendo del cuadro clínico con el que se manifiesta la pre-eclampsia atípica.

1.2 CONTEXTO DE ESTUDIO

El síndrome de pre-eclampsia y eclampsia se conoce desde hace más de 2,000 años. Pues lo identificaron en la antigüedad los egipcios y los chinos. El cuadro clínico fue descrito gráficamente por Hipócrates. Durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta los dos o tres primeros decenios del siglo XX, la toxemia, como también se denominó, se confundió con glomerulonefritis. Durante el mismo periodo también se efectuaron varios estudios de vigilancia, y casi todos los autores informaron de “nefritis crónica” como secuela de la enfermedad. Sin embargo, en 1927, Corwin y Eric destacaron que la glomerulonefritis era poco frecuente en la gestación y que la lesión concomitante con eclampsia era principalmente vascular y no renal. (Rosas, M. Lomelí, C. Mendoza, C. Lorenzo, J. Méndez, A. Pérez, S., & Attie, F. 2008).

La preeclampsia-eclampsia es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal. El origen es desconocido y se han emitido muchas teorías y señalado diversos factores para explicarla pero ninguno ha sido confirmado.

Goodlin en 1982 describió un grupo de pacientes con hipertensión y embarazo con cambios hematológicos y elevación de las enzimas hepáticas,

particularmente las transaminasas. Se acuñó el nombre de HELLP para llamar la atención en la gravedad del problema considerándolo una entidad diferente de la pre-eclampsia severa. En 1990 después de varios estudios realizados por diferentes autores, Sibai unificó y normó los criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de este síndrome. (Rosas, M. Lomelí, C. Mendoza, C. Lorenzo, J. Méndez, A. Pérez, S., & Attie, F. 2008).

La enfermedad hipertensiva aguda del embarazo complica frecuentemente al embarazo (mayor de 20 semanas) o al puerperio (no más de 14 días) y se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y, en casos severos, convulsiones o estado de coma. La mayoría de los autores clasifican a la pre-eclampsia en leve y severa, siendo el criterio más importante la magnitud de la elevación de la presión arterial.

Se considera que existe pre-eclampsia leve cuando después de las 20 semanas de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos: tensión sistólica de 140mmHg o más; elevación de la tensión diastólica 15mmHg o más de las cifras habituales; proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas, pero menor de 3 g/L; edema persistente de las extremidades o la cara.

Se entiende como pre-eclampsia severa cuando coexisten dos o más de los siguientes datos: TA sistólica de 160mmHg o más; TA diastólica de

110mmHg o más; Proteinuria mayor de 3g por litro en orina de 24 horas; Edema acentuado; cuando aparecen síntomas cerebrales, visuales, gastrointestinales o renales, náusea o vómito e hiperreflexia generalizada. (Secretaría de Salud, 2007)

La evidencia acumulada indica que la hipertensión en el embarazo es una entidad sub diagnosticada y frecuentemente no bien tratada, dando origen a complicaciones cardiovasculares graves. La hipertensión que ocurre durante la gestación puede dar lugar a preeclampsia o a situaciones graves como la eclampsia y el síndrome de HELLP. Además se reconoce que las mujeres que desarrollaron hipertensión durante la gestación, tienen incremento en la posibilidad de desarrollar eventos cardiovasculares mayores, aun cuando la presión arterial haya vuelto a cifras normales en el postparto. (Castelazo-Morales, E., Monzalbo-Núñez, D. E., López-Rioja, M., de Jesús, & Castelazo-Alatorre, S. 2014)

En el contexto clínico la definición de pre-eclampsia ha quedado rebasada porque los criterios tradicionales de coexistencia de hipertensión arterial, proteinuria y edema son arbitrarios e inconsistentes. Puesto que es tan heterogénea y florida en sus manifestaciones clínicas, algunas pacientes pueden iniciar su cuadro clínico sin hipertensión o sin proteinuria, pero sí evidenciando otras manifestaciones multisistémicas.

La definición clásica de pre-eclampsia es la coexistencia de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación o en las primeras 48 horas posparto. Sin embargo, existe evidencia que esta enfermedad puede iniciarse en ausencia de los datos clínicos mencionados o aparecer antes de la segunda mitad del embarazo. Los síntomas de la pre-eclampsia son variables y reflejan disfunción multisistémica. (The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013)

Un dato decisivo de esta enfermedad es el daño endotelial, que es el que condiciona que los síntomas sean muy floridos, y los hallazgos clínicos y de laboratorio heterogéneos y variables. Su curso clínico es impredecible y su evolución puede ser insidiosa o fulminante.

Puesto que los criterios clínicos para definir pre-eclampsia (hipertensión, proteinuria y edema) son arbitrarios e inconsistentes se sugiere el término “pre-eclampsia atípica”. En virtud de que los síntomas y signos clínicos pueden no ser lo suficientemente sensibles ni específicos para diagnosticar este síndrome, en la actualidad se dispone de pruebas diagnósticas con marcadores bioquímicos que identifican a las pacientes con manifestaciones atípicas. La definición clásica de pre-eclampsia no abarca todo su espectro clínico porque es muy heterogéneo. Por ejemplo, la hipertensión o la proteinuria, o ambas, están ausentes en 10-15% de las pacientes con síndrome de HELLP y en 20-38% de los casos de eclampsia.

Los síntomas y signos más consistentes con pre-eclampsia son: epigastralgia, cefalea intensa persistente, dolor en barra en el cuadrante superior derecho del abdomen, náuseas, vómitos, alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas) y del estado mental. Las alteraciones relacionadas con este síndrome son: proteinuria persistente (≥ 300 mg/24 horas,) menos de 100,000 plaquetas por mm³, creatinina sérica mayor de 1.2 mg/dL, transaminasa glutámica pirúvica mayor de 70 UI/L, deshidrogenasa láctica mayor de 600 UI/L y bilirrubina total ≥ 1.2 mg/dL.

Con base en que hasta el momento, el diagnóstico temprano de pre-eclampsia es imposible, la importancia de identificar a las mujeres que con mayor probabilidad desarrollarán este síndrome se incrementa; así las rutas críticas, guías práctica clínica y propuestas de detección que se han publicado, inician recomendando identificar los factores de riesgo; el problema es que no existe una forma estandarizada para evaluarlos. (Romero, J. Carranco, C. Leños, A. & Martínez, O., 2014).

1.3 OBJETO DE ESTUDIO

- Intervenciones de Enfermería en pacientes con Pre-eclampsia Atípica

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en pacientes con Pre-eclampsia Atípica?

1.5 OBJETIVOS DE ESTUDIO

General

- Analizar las intervenciones de enfermería en la Pre-eclampsia Atípica.

Específicos

- Describir cuales son las intervenciones de enfermería en la Pre-eclampsia Atípica.
- Caracterizar los elementos de la Pre-eclampsia Atípica.
- Identificar las intervenciones de enfermería en casos diversos de Pre-eclampsia Atípica.

1.6 JUSTIFICACIÓN

La elaboración de este trabajo se justifica en atención a las siguientes consideraciones.

- a) Existen pocos estudios e investigaciones relacionadas con la Pre-eclampsia Atípica.

- b) Documentar las intervenciones de enfermería en pacientes con Pe-eclampsia Atípica.

- c) Los estudios más recientes mencionan que la manifestación atípica de la pre-eclampsia puede encontrarse conjunta o aislada con los siguientes parámetros: hipertensión gestacional, proteinuria gestacional o síndrome de fuga capilar, caracterizado por: edema facial, ascitis, edema pulmonar o proteinuria gestacional, en los que, a su vez, pueden encontrarse, por lo menos en cada parámetro anterior, síntomas de pre-eclampsia, hemólisis, trombocitopenia, elevación de las enzimas hepáticas o signos y síntomas de pre-eclampsia y eclampsia.

- d) Las enfermedades hipertensivas son la complicación más frecuente durante el embarazo; comparando las pacientes con embarazo no complicado con aquellas que presentan hipertensión crónica la frecuencia de pre-eclampsia se incrementa 10 veces.
- e) En pacientes con hipertensión crónica que no desarrollan pre-eclampsia la muerte perinatal se produce en 0.3% de los casos, en cambio sí desarrollan pre-eclampsia se produce en 10% de los casos.

CAPÍTULO II

ABORDAJE METODOLÓGICO

CAPÍTULO II

ABORDAJE METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación cualitativa de diseño descriptivo.

2.2. SUJETO DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que cursan con diagnóstico de *pre-eclampsia atípica*.

2.3. DISEÑO METODOLÓGICO.

Esta tesina es un trabajo breve de investigación bibliográfica que tiene como marco metodológico u objetivo analizar y caracterizar los elementos de la *pre-eclampsia atípica*, así como describir e identificar las intervenciones de enfermería en casos diversos de pre-eclampsia atípica, mediante el método de interpretación y exposición de una estructura que permite disertar de manera escrita utilizando como técnica documental la revisión de literatura

que se realizó mediante la exploración bibliográfica, describiendo a mi pregunta de investigación ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en pacientes con *Pre-eclampsia Atípica*?

La revisión de la literatura consta sobre todo de artículos de revistas electrónicas, bibliografía impresa recopilada de diversas facultades en especial la Facultad de Medicina de la UNAM y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y en fuentes de datos como Decs, medigraphic, scielo, proquest, cubriendo las características de estas indexadas, utilizando operadores booleanos y de posición como AND, OR, SAME Y WITH + pre-eclampsia atípica, intervenciones de enfermería, características, cuidados, casos clínicos. Los resultados obtenidos se organizaron para redactarlos atendiendo los requerimientos del mismo trabajo.

CAPÍTULO III INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA

CAPÍTULO III

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRE.ECLAMPSIA ATÍPICA

3.1. MARCO TEÓRICO EMPÍRICO

De acuerdo a los Descriptores en Ciencias de la Salud, la **Pre-eclampsia** es la complicación del embarazo caracterizada por un complejo de síntomas que incluyen hipertensión materna y proteinuria, con o sin edema patológico. Los síntomas pueden ir de más benigno a grave. La pre-eclampsia generalmente se produce después de la semana 20 del embarazo pero puede desarrollarse antes, en presencia de enfermedad trombotológica. (DeCS, 2014).

Se clasifica en:

- Leve: Presión sistólica mayor o igual a 140mmHg y o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg en una mujer previamente normotensa. Proteinuria mayor o igual de 300mg en una recolección de orina de 24hrs o reporte en tira reactiva de por lo menos 30mg/dL.

- Severa: Presión arterial mayor o igual a 160/110mmHg. Proteinuria de 5gr o más en una colección de orina de 24hrs. Oliguria (menos de 500ml de orina en 24hrs, fosfenos, edema pulmonar, cianosis, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, pruebas de función hepática alteradas), restricciones del crecimiento intrauterino, trombocitopenia.

En la Red de revistas científicas de América latina la **Pre-eclampsia** es la hipertensión que se presenta sólo en mujeres embarazadas a partir de la vigésima semana de gestación y de la cual se han señalado multiplicidad de causas, pero a pesar de ello aún se desconoce su etiología.

Pre-eclampsia es un trastorno multisistémico único del embarazo humano, caracterizado por una respuesta vascular anormal a la placentación, que se asocia a aumento de la resistencia vascular periférica, estimulación de la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y disfunción endotelial. (Sáez, V. 2012).

Para (la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología) la **pre-eclampsia** es donde coexisten la hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación o las primeras 48 horas posparto.

La **pre-eclampsia**: La así llamada tríada de la preeclampsia (hipertensión, edema y proteinuria) no se sostiene en nuestros días ya que el edema es un hallazgo común en embarazos normales y está ausente en aproximadamente un tercio de las pacientes eclámpticas, por tanto, el diagnóstico de preeclampsia solamente requiere la presencia de hipertensión y proteinuria en la mayoría de las gestantes nulíparas, con criterios de definición para cada uno de ellos.

En algunos casos, la pre-eclampsia, incluso la eclampsia, pueden presentarse sin hipertensión o proteinuria. En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de pre-eclampsia debe considerarse si la hipertensión gestacional se asocia a síntomas maternos generales (cefalea, epigastralgia, náuseas, vómitos, hiperreflexia), retraso del crecimiento fetal intrauterino o alteración de los exámenes de laboratorio (trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas, aumento de la creatinina, hemólisis).

Para la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología la ***Pre-eclampsia Atípica*** es aquella que sobreviene antes de las 20 semanas de gestación y casi siempre se asocia con degeneración molar o hidrópica de la placenta o síndrome antifosfolípídico.

Así pues la ***Pre-eclampsia Atípica*** es aquella que se manifiesta atípicamente, caracterizada por la ausencia de alguno de los dos criterios diagnósticos: hipertensión gestacional o proteinuria.

Los casos atípicos son los que se desarrollan antes de las 20 semanas de gestación y 48 horas después del parto y que tienen algunos de los signos y síntomas de pre eclampsia sin la hipertensión habitual o proteinuria. (Sibai, B. & Stella, C., 2014).

Con base en lo anterior la pre-eclampsia es un trastorno multisistémico propio del embarazo humano, la cual se caracteriza con la manifestación de una triada definitoria: edema, hipertensión y proteinuria; después de las 20 semanas de gestación y durante las primeras 48 horas después del parto.

En la *pre-eclampsia atípica*, por el contrario hay ausencia de uno o dos criterios definitorios de la pre-eclampsia, se desarrolla antes de la semana 20 de gestación o 48 horas después del parto.

3.2. PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA

Puesto que los criterios clínicos para definir pre-eclampsia (hipertensión, proteinuria y edema) son arbitrarios e inconsistentes se sugiere el término ***pre-eclampsia atípica***. En virtud de que los síntomas y signos clínicos pueden no ser lo suficientemente sensibles ni específicos para diagnosticar este síndrome, en la actualidad se dispone de pruebas diagnósticas con marcadores bioquímicos que identifican a las pacientes con manifestaciones atípicas. La definición clásica de pre eclampsia no abarca todo su espectro clínico porque es muy heterogéneo

Los síntomas y signos más consistentes con Pre-eclampsia son: epigastralgia, cefalea intensa persistente, dolor en barra en el cuadrante superior derecho del abdomen, náuseas, vómitos, alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas) y del estado mental. Las alteraciones relacionadas con este síndrome son: proteinuria persistente (≥ 300 mg/24 horas,) menos de 100,000 plaquetas por mm^3 , creatinina sérica mayor de 1.2 mg/dL, transaminasa glutámica pirúvica mayor de 70 UI/L, deshidrogenasa láctica mayor de 600 UI/L y bilirrubina total ≥ 1.2 mg/dL.

Para definir la ***pre-eclampsia atípica*** Sibai propuso las siguientes categorías:

- I. Hipertensión gestacional y uno o más de los siguientes: hipertensión arterial severa (≥ 160 o 110 mmHg), síntomas de pre-eclampsia, hemólisis microangiopática, trombocitopenia menor de $100,000 \text{ mm}^3$ y disfunción hepática con transaminasa glutámica pirúvica ≥ 70 UI/L.

- II. Pre-eclampsia antes de las 20 semanas de gestación. Se ha reportado asociada con síndrome antifosfolípido, mola hidatiforme e hidrops fetal.

- III. Pre-eclampsia postparto tardía. Es la que se inicia por primera vez después de 48 horas, pero menos de 4 semanas posparto.

- IV. Proteinuria gestacional sin hipertensión arterial con uno o más de los siguientes síntomas: preeclampsia, hemólisis microangiopática, trombocitopenia menor de $100,000 \text{ mm}^3$, disfunción hepática con transaminasa glutámica pirúvica ≥ 70 UI/L. (Sibai, B. & Stella, C. 2014).

3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA PRE-ECLAMPSIA VS

PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA

PRE-ECLAMPSIA	PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA
<ul style="list-style-type: none"> - Se puede presentar a partir de las 20 semanas de gestación y las primeras 48 horas posparto. - Hipertensión - Edema - Proteinuria - Epigastralgia - Nauseas - Vómito - Hiper reflexia - Retraso en el crecimiento fetal - Trombocitopenia - Enzimas hepáticas elevadas - Hemólisis - Aumento de la creatinina - Convulsiones - Oliguria - Edema pulmonar - Visión borrosa - Escotomas - Dolor en barra en el cuadrante superior derecho del abdomen - Aumento de la resistencia vascular - Estimulación de la agregación plaquetaria. - Activación del sistema de coagulación - Disfunción endotelial 	<ul style="list-style-type: none"> - Se puede presentar antes de las 20 semanas de gestación y des pues de las 48 horas posparto. - Asociada con síndrome antifosfolipídico, mola hidatiforme e hidrops fetal. - Ausencia de proteinuria - Hipertensión gestacional - Convulsiones tónico-clónicas - Proteinuria gestacional o síndrome de fuga capilar, caracterizado por: <ul style="list-style-type: none"> - Edema facial - Ascitis - Edema pulmonar - Hemólisis - Cefalea intensa - Acúfenos - Visión borrosa - Trombocitopenia - Elevación de enzimas hepáticas - Aumento de la creatinina sérica Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Flujometría Doppler anormal de las arterias uterinas. • Factor de crecimiento placentario.

3.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA

Según la OMS la **Enfermería** abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

La enfermera obstetra es el profesional de salud que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas. (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2005).

Las **intervenciones de enfermería** se definen como: todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Para la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas. Así como aquellos iniciados por la enfermera, el médico y otros proveedores de tratamiento.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (NIC, 1999).

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- **Elaboración de historia clínica:** La valoración de enfermería es un elemento esencial para el cuidado, ya que a través del análisis de los datos que en ella se recaban, puedes identificar los problemas (diagnósticos de enfermería), que afectan las necesidades de la embarazada.

Aunque la Historia Clínica (HC) no es un documento propio de enfermería, te permite recabar datos de la dimensión biológica de la gestante. Sabemos que el embarazo no es una enfermedad pero no inmuniza a la mujer contra ella; por ello, es importante que se recabe información que nos permita obtener una base de datos personal y familiar, de acontecimientos clínicos pasados y presentes, referentes a la salud enfermedad de la embarazada y de su familia. (UNAM & ENEO, 2008).

- **Identificación de signos y síntomas de alarma:** cefalea, edema (hipertensión), sangrado transvaginal, signos de infección de vías

urinarias y vaginales, poco o falta de movimiento del bebé, poco o mucho crecimiento del vientre, palidez y cansancio (anemia), mucho o poco peso, vómito frecuente, endurecimiento y dolor en el vientre.

- **Medición y registro de peso y talla:** El peso de una mujer embarazada aumentará de forma gradual a lo largo de los nueve meses en total de 8 a 12kg, en el primer trimestre debe de ganar un kilo, en el segundo 4kg y en el tercer trimestre alrededor de 4kg.
- **Medición y registro de presión arterial,** así como interpretación y valoración; es necesario evitar estímulos capaces de elevar la T.A como tensión, frío, ejercicio, dolor, vejiga llena, etc. Las embarazadas y sus familiares deben de ser capacitados en la técnica para la medición de presión arterial. El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial mayor o igual a 140/90mmHg.
- **Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto:** La salud materna y fetal son elementos fundamentales para un embarazo saludable, por ello, es importante que durante el control prenatal, se realicen acciones encaminadas a valorar la salud del binomio madre-feto.

En el caso del feto existen indicadores clínicos para evaluar el bienestar fetal, uno de ellos es la Altura Uterina (AU) ó también conocida como Fondo Uterino (FU). Esta permite correlacionar las semanas de gestación (sdg) con el crecimiento fetal para su seguimiento.

La altura del fondo uterino incrementa progresivamente a lo largo del embarazo y refleja el crecimiento normal del feto. El útero después del cuarto mes de gestación, crece un promedio de 4 a 5 cm/mes, hasta el octavo mes (36sdg); posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible.

- **Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico:** Durante el embarazo va a existir una anemia fisiológica por lo que aumentan las necesidades de hierro.

El ácido fólico es una vitamina que previene defectos en el cierre de tubo neural -la estructura embrionaria que dará origen a la columna vertebral- y que termina de formarse el día 28 después de la concepción.

- **Alimentación:** Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que

comer por dos. La restricción de sal de la dieta no se relaciona con la disminución de la hipertensión gestacional o pre-eclampsia, por lo que la dieta se recomienda normo-sódica. Además una de las funciones del sodio es apoyar el transporte de yodo.

El yodo es uno de los componentes de las hormonas tiroides y es por lo tanto esencial en el metabolismo de los mamíferos. El transporte de yodo en la glándula tiroides es un proceso muy eficaz y fuertemente regulado por la hormona tireotrópica (TSH) y por la concentración de yodo en la sangre. A nivel molecular, varias proteínas de membrana han sido implicadas en el metabolismo del yodo, como el cotransportador sodio-yodo (NIS, symporteur Na^+/I^-) y la proteína SLC5A8, también llamada AIT (por Apical Iodide Transporter).

La carencia grave de yodo en el embarazo puede causar hipotiroidismo, desenlaces desfavorables del embarazo (aborto espontáneo y mortinato) y cretinismo; en algunos países es una causa principal de retraso mental irreversible.

La carencia leve a moderada de yodo en el útero y en la niñez da lugar a discapacidades del aprendizaje, crecimiento deficiente y bocio difuso de menor gravedad

En la placenta humana, el sinciotrofoblasto es la barrera que regula el transporte de nutrientes, solutos y agua entre la sangre materna y fetal. Dentro de este movimiento transplacental se encuentra el del Na, su contribución a la presión osmótica es fundamental en la regulación del volumen de líquido extracelular.

Las proteínas son el elemento principal para la formación de nuevas estructuras corporales en la madre (placenta, mayor volumen sanguíneo, útero) y para la formación y el crecimiento del feto. Por ello es muy importante que los alimentos proteicos formen parte de la dieta durante el embarazo especialmente en el segundo y tercer trimestre de gestación, cuando el bebé está creciendo muy rápido y su requerimiento de nutrientes aumenta.

La calidad de una proteína depende de la cantidad de aminoácidos esenciales presentes en ella. Cuando falta un aminoácido esencial, el valor biológico de esa proteína disminuye. El organismo no puede sintetizar proteínas si sólo falta un aminoácido esencial.

Los alimentos de origen animal contienen todos los aminoácidos esenciales, por tanto, la proteína que aportan huevos, carnes, pescados, leche y productos derivados de estos alimentos, son de alto valor biológico.

Los alimentos de origen vegetal también aportan proteínas, pero estas son deficitarias en uno o varios aminoácidos esenciales y por ello se denominan proteínas incompletas. (Hospital Universitario de CEUTA, 2011).

- En estudios observacionales se ha asociado la práctica de ejercicio físico con disminución del riesgo de pre-eclampsia. Los mecanismos potenciales son disminución de la presión sanguínea, de los lípidos séricos y de las citocinas proinflamatorias (Ibañez, N. S., 2009).

- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.

- La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y

mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

Por lo tanto el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, pre-eclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

Los servicios de salud deben promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

Toma de la presión arterial con la técnica correcta. (Fig.1)



Fig. 1

Los requisitos que se han de tener en cuenta para realizar la técnica correcta de la medición de la presión arterial son los siguientes:

Por la mañana, en una habitación tranquila, con temperatura agradable, ya que no debe estar expuesta a frío o calor, ni tener ropas ajustadas. Abstinencia por 30 min de fumar e ingerir alimentos. Permanecer sentada (en reposo) por 5 min. Medir la presión arterial en el brazo derecho a la altura del corazón. Manómetro de mercurio (Hg) o anerode bien controlado. Manguito adecuado que cubra los 2 tercios del brazo y que ajuste bien. Palpar la arteria en la flexura del codo y subir 30 mmHg, a partir del momento en que se deje de percibir el latido. Descender la columna de mercurio de 2 en 2 mmHg.

La presión arterial sistólica corresponde con el primer ruido débil que se ausculte (primer ruido Korocof). La presión arterial diastólica corresponde con el cambio de tono (cuarto ruido de Korocof).

Se observó disminución de pre-eclampsia con la administración de al menos 1 g de calcio al día. No se han documentado efectos adversos con la administración de calcio en mujeres embarazada. En mujeres con deficiente ingesta de calcio (< 600 mg/día) es recomendable prescribir calcio oral (≥ 1 g/día).

Otras medidas son enviar a la paciente embarazada con riesgo de pre-eclampsia al servicio de nutrición para determinar su consumo diario de calcio y modificar la dieta de acuerdo con los requerimientos, y recomendarle evitar medicamentos y alimentos que interfieran en la absorción de calcio, como las bebidas bicarbonatadas y los antiácidos.

A continuación se presenta un cuadro con una serie de intervenciones de enfermería para pacientes con *pre-eclampsia atípica*, se usa una recomendación de etiqueta diagnóstica y se presenta un caso clínico de cada suceso donde se ha manifestado la *pre-eclampsia atípica*:

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal (00209)

Definición: Riesgo de la alteración diada simbólica materno-fetal, como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ordenar el ingreso de la paciente, en una habitación tranquila y cómoda para su evaluación y educación sobre la enfermedad, con vigilancia médica permanente para controlar:

- Medir la presión arterial cada 8 h.
- Peso y diuresis diario.
- Vigilancia obstétrica habitual diaria, si la presión arterial regresa a la normalidad vigilar hasta las 41 semanas e inducir el parto si el cuello está maduro.
- Si la presión arterial aumenta con hipotensores o sin estos, interrumpir el embarazo antes de las 40 semanas.
- Si hay riesgo materno, interrumpir el embarazo en dependencia de la madurez fetal.
- Atender la esfera psicológica, pues la paciente teme por su vida y por la de su futuro hijo, haciéndole entender que de su apoyo y cooperación se podrán obtener resultados favorables.
- Garantizar la higiene ambiental adecuada, con habitación cómoda, limpia y tranquila, así como la higiene personal.
- Solicitar a la paciente que guarde reposo en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.



Control Prenatal



Monitorización fetal

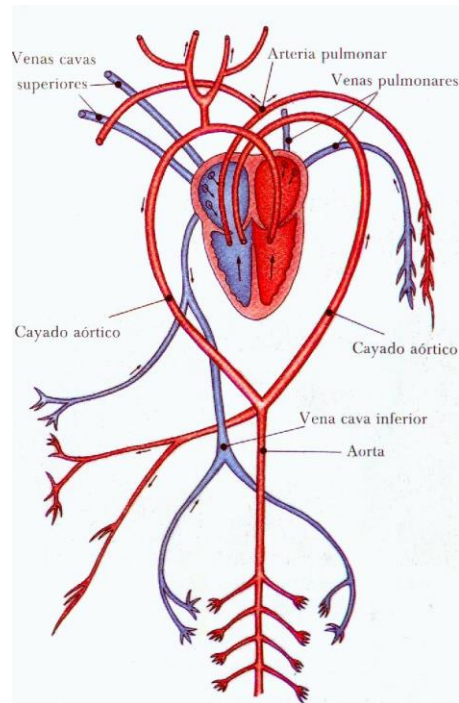
Evita la compresión de la aorta o la vena cava inferior por parte del útero. Es el medio más efectivo para aumentar el volumen sanguíneo placentario, reduce la presión en miembros inferiores, disminuye la demanda del volumen sanguíneo circulante y suprime el estímulo a la retención sódica.



Decúbito lateral izquierdo

La discreta disminución del índice cardiaco al final de la gestación es producto de la compresión aorto-cava por el útero gestante. Esta compresión se evita con el decúbito lateral izquierdo.

Algunas embarazadas a término pueden presentar síndrome de hipotensión arterial supina, que se asocia a la bradicardia, palidez, sudoración, náusea y vómito (reflejo vaso-vagal). Por su parte la compresión de la aorta terminal, ocasiona disminución del flujo útero-placentario y podrá causar hipoxia y distress fetal.



Circulación sanguínea

Brindar educación sanitaria sobre la importancia de cumplir con el tratamiento medicamentoso, higienicodietético, así como la realización de las investigaciones prescritas, entre otras orientaciones.

Bulechek, G.M. Butcher, H.K. McCloskey Dochterman, J., 2009), (Ibañez, N. S., 2009), (Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E., 2006), (NANDA International., 2010).

3.4.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA MANIFESTADA EN: EMBARAZO MOLAR

Se sugiere esta etiqueta por el motivo de que no depende de la embarazada el concluir o no el embarazo.

Etiqueta diagnóstica: Impotencia (00125)

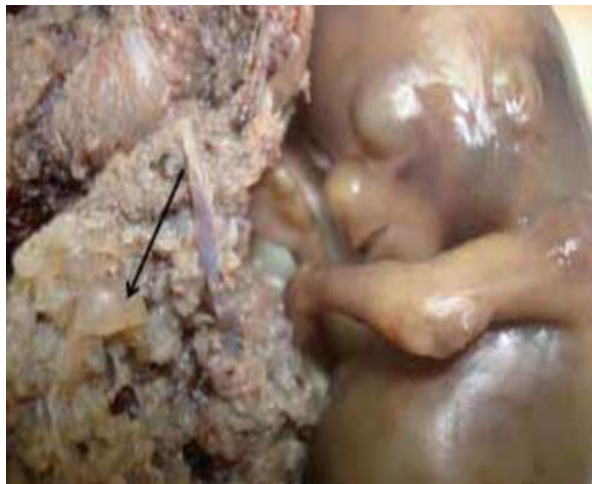
Definición: Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato

DEFINICIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
<p>EMBARAZO MOLAR: La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo amplio de trastornos que se originan de un huevo fertilizado con comportamiento biológico que puede ir desde lesiones benignas hasta francamente malignas, según su diferenciación y que tiene en común la proliferación del trofoblasto gestacional.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud dividió a la enfermedad trofoblástica gestacional en los siguientes grupos: mola hidatiforme completa, mola parcial, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio de la placenta y tumores trofoblásticos misceláneos (sitio de placentación exagerada, placa o nódulo del sitio de la placentación) y lesiones trofoblásticas inclasificables.</p> <p>El 85% de las variedades de enfermedad trofoblástica gestacional lo representa la mola hidatiforme. Tanto el embarazo</p>	<p>En la mola hidatiforme son:</p> <p>Evacuación por aspiración con vacum-aborto, con cánula gruesa.</p> <p>Cuando se considere vacío el útero, se realiza un curetaje cuidadoso con legra afilada, y el tejido que se extrae se deposita en un frasco aparte.</p> <p>El personal de enfermería debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la paciente y sus familiares sobre el tratamiento indicado valorando el aspecto emocional para facilitar una adaptación eficaz ante este proceso clínico. - La actitud tranquila, de confianza y comprensión, de este profesional, facilita la obtención de una buena anamnesis que oriente la

molar completo como la mola parcial se caracterizan por degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas, pero en menor grado esta última.



Ultrasonido: Placenta heterogénea y engrosada



Feto de 16SDG por FUM

conducta médica que se ha de seguir.

- Preparar el equipo de legrado uterino y frasco para recoger muestra del tejido.
- Preparar a la paciente en la mesa de tratamiento en posición ginecológica.
- Observar y valorar las pérdidas vaginales.
- Controlar los signos vitales, para detectar a tiempo cualquier alteración.
- Cooperar en el mantenimiento de la higiene personal y ambiental.
- Dar seguimiento a los resultados patológicos.
- Valorar a la paciente (muestra de tejido) cada mes por seis meses y posteriormente cada seis meses por cinco años.

Orientar sobre métodos anticonceptivos y recomendar el uso de uno de ellos mínimo por un año.

(Bulechek, G.M. Butcher, H.K. McCloskey Dochterman, J., 2009), (Ibañez, N. S., 2009), (Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E., 2006), (NANDA International., 2010).

A continuación se presenta un caso clínico donde se expone una paciente con pre-eclampsia atípica manifestada en un embarazo molar.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 23 años de edad, en su primer embarazo, con grupo y Rh: B negativo, sin antecedentes personales patológicos de importancia, con 16 semanas de gestación por FUM y 14 por USG.

El padecimiento llevaba dos semanas de evolución con edema en las extremidades inferiores y, posteriormente, generalizado, y cuatro días previos a su ingreso con cefalea frontal y fotofobia. Acudió al departamento de admisión de Tococirugía debido a sangrado transvaginal y disparidad de la fetometría de dos semanas con respecto a la fecha de la última menstruación y ultrasonido del primer trimestre.

A su ingreso, la tensión arterial fue de: 150/90, 160/100 mmHg, neurológicamente íntegra, Glasgow de 15, hiperreflexia y anasarca, afectación cardiorrespiratoria, abdomen con útero gestante aumentado de tamaño para la edad gestacional (18cm por encima de la sínfisis del pubis).

El ultrasonido obstétrico reportó: feto único, vivo, con fetometría de 14 semanas, placenta grado 0, aumentada de volumen y de grosor (hiperplacentosis) con múltiples imágenes quísticas sugerentes de degeneración hidrópica. Labstix en orina con proteínas +++. Se decidió la terminación del embarazo debido al descontrol de la tensión arterial, a pesar del tratamiento con doble antihipertensivo (alfa-metildopa e hidralacina) a dosis máxima, y síndrome de vasoespasmo (cefalea y fotofobia).

Se evacuó el útero por vía vaginal mediante dosis única de 800mcg de misoprostol. A las 4hrs expulsó un feto con placenta, se corroboró la existencia de vesículas en la placenta y de un feto aparentemente sin malformaciones.

La paciente tuvo mejoría clínica progresiva posterior a la evacuación uterina, con desaparición del síndrome de vasoespasmo y anasarca y de la necesidad de ajuste de antihipertensivos por tendencia a la normotensión.

3.4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PRE- ECLAMPSIA ATÍPICA CON PRESENTACIÓN EN EMBARAZO DE 26.6 SDG

Se sugiere esta etiqueta diagnóstica por el miedo que puede surgir en la embarazada, al concluir el embarazo con pocas semanas de gestación.

Etiqueta diagnóstica: Temor (00148)

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

DEFINICIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
<p>Se denomina parto pre-término a la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación.</p>  <p style="text-align: center;"><i>Cesárea de emergencia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso en la sala de cuidados especiales perinatales - Reposo en decúbito lateral izquierdo. - Medición y valoración de signos vitales. Medir diuresis. <p>Acciones de enfermería independiente.</p> <p>Se debe orientar a la gestante hacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen al parto pretérmino y cómo



Bebe prematuro

disminuirlos en la medida que sea posible.

- Brindarle información sobre los síntomas y signos de la amenaza de parto pretérmino, para que pueda ser diagnosticado a tiempo y evitar complicaciones tanto en la madre como en el niño.
- Una vez que a la embarazada se le haya diagnosticado amenaza de parto pretérmino se debe vigilar la dinámica uterina y el foco fetal.
- La paciente conozca los síntomas de la amenaza de parto pretérmino e informe oportunamente de la aparición de estos.
- Realice el reposo orientado, disminuyendo el miedo y la ansiedad, ya que conocer acerca de su evolución y los beneficios del reposo y el tratamiento medicamentoso y colabora con la atención médica y de enfermería.

(Bulechek, G.M. Butcher, H.K. McCloskey Dochterman, J., 2009), (Ibañez, N. S., 2009), (Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E., 2006), (NANDA International., 2010).

A continuación se presenta un caso clínico donde se expone una paciente con pre-eclampsia atípica manifestada en un embarazo de 26.6 semanas de gestación.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 32 años, primigesta, embarazo de 26.6 semanas por FUM grupo y Rh O positivo; sin ningún antecedente patológico, y con adecuado control prenatal desde la sexta semana. Ultrasonido estructural a las 22 semanas, fetometría acorde con la amenorrea; líquido amniótico, placenta y cordón sin alteraciones, acude al hospital, por vómito posprandial en proyectil.

A la exploración física tuvo presión arterial de 110/70 mmHg. Abdomen con útero gestante, con un fondo de 22 cm. Frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minuto, miembros inferiores y reflejos osteotendinosos normales. Se le administró un bloqueador H2 por vía intravenosa, con lo que se aliviaron momentáneamente los síntomas. Sin embargo, súbitamente tuvo síntomas de vasoespasmo (cefalea, fosfenos, acúfenos y epigastralgia).

A su ingreso, la citometría hemática, química sanguínea y pruebas de función hepática se reportaron en parámetros normales; el examen general de orina con proteinuria; el ultrasonido hepático normal y el obstétrico con embarazo único, con fetometría de 2.6 semanas menor a la amenorrea, con aplanamiento en la curva de crecimiento y oligohidramnios; flujometría Doppler con aumento de resistencias en la zona placentaria.

Debido al cuadro clínico, compatible con preeclampsia severa, se inició tratamiento con sulfato de magnesio a la dosis de 4 g de impregnación y, posteriormente, 1g cada hora. Esquema de madurez pulmonar: 12 mg de betametasona por vía intramuscular cada 24 horas. Se decidió la terminación del embarazo por vía abdominal y se realizó cesárea corporal, nació una niña de 1,595 g y Apgar 4/7.

En el puerperio inmediato tuvo elevación de la presión arterial a 150/90 mmHg, por lo que se inició antihipertensivo y mantuvo sus cifras tensionales dentro de los parámetros normales, por lo que egresó normotensa a las 96 horas.

3.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PRE-ECLAMPSIA ATÍPICA CON PRESENTACIÓN EN EL PUERPERIO MEDIATO

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)

Definición: Alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca y formativa.

DEFINICIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
<p>Puerperio: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.</p> <p>Puerperio mediato: 2o. al 7o. día posparto.</p>  <p><i>Bienvenido bebé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medir y valorar signos vitales, coloración de tegumentos, mareo, náusea o vómito. - Vigilar las características del sangrado (cantidad, color y presencia de coágulos). El sangrado excesivo del útero se considera un signo evidente de hemorragia. - Debe cuantificar la hemorragia inspeccionando la almohadilla sanitaria que se encuentra en el perineo y el introito vaginal, identificando si es abundante, moderada o escasa.

Involución uterina

Loquios

- Vigilar el estado del útero. Se palpa el fondo para asegurarse de que permanezca firme y bien contraído.
- Con relación a la diuresis es conveniente orientar a la puerpera que vacíe su vejiga en las primeras horas después del parto para evitar que se distienda.
- Proporcionar la ingestión de abundantes líquidos.
- Reposo y sueño. La madre necesita reposo adecuado y dormir bien siempre que sea posible, ya que la falta de sueño con frecuencia causa problemas de tipo emocional.
- Medir pulso, presión arterial y temperatura cada 8 h. Observación de enfermería en cada medición de los signos vitales.
- En cuanto al útero vigilar la involución uterina, distancia a la que se encuentra del ombligo, consistencia, sensibilidad y otros.
- Loquios: vigilar color, cantidad y olor (según los días del puerperio).
- Estado de las extremidades:



Consejería: planificación familiar

buscando edema, presencia de várices y detectar signos de complicación tromboembólica.

- Orientaciones a la puérpera sobre los posibles signos y síntomas que, en caso de presentarlos, la obliguen a asistir al médico: fiebre, fetidez de los loquios, palpitaciones, anorexia, malestar general, decaimiento, mareos, aumento de volumen de las mamas y otros.
- Orientación sobre métodos de planificación familiar.

(Bulechek, G.M. Butcher, H.K. McCloskey Dochterman, J., 2009), (Ibañez, N. S., 2009), (Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E., 2006), (NANDA International., 2010).

A continuación se presenta un caso clínico donde se expone una paciente con pre-eclampsia atípica manifestada en un puerperio mediato.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 17 años, sana, G3 P1 A2, a la que se había practicado una cesárea por desproporción cefalopélvica a las 39,1 semanas de edad gestacional, después de un embarazo sin complicaciones. La evolución puerperal fue normal, salió a los 3 días con hematocrito (Hto) de 036.

A las 24 h acude con cefalea y mareos. Al examen físico: FC, 125 lx min; PA, 100/70mmHg y palidez cutáneo mucosa. Fue ingresada con diagnóstico de anemia severa (Hto: 0,17%); se le transfundieron glóbulos sanguíneos y se le dio el alta al cuarto día con Hto 026% y tratamiento anti anémico.

Volvió a ingresar a los 9 días de puerperio con síntomas similares, Hto 018%, Hb 59 g/l, PA de 140/100mmHg. Concluyéndose como una anemia hemolítica microangiopática secundaria.

A los 15 días de puerperio desarrolla cuadro de edema agudo de pulmón que se trata según el protocolo del servicio. En esos momentos presenta PA de 150/105mmHg. Exploraciones complementarias: radiografía

de tórax, marcada congestión pulmonar «en alas de mariposa»; Hto20,3%. Ese mismo día comienza con convulsiones tónico clónicas que requirieron además de sulfato de magnesio, el uso de difenilhidantoína y tiopental, por lo cual se pasa a ventilación mecánica.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base al análisis de la literatura anteriormente citada, así como de los objetivos de esta investigación se concluye lo siguiente:

- La preeclampsia es un síndrome heterogéneo de presentación clínica muy variable. Las formas atípicas deben conocerse para poderlas diagnosticar oportuna y correctamente, y así evitar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Puesto que los síntomas y signos clínicos pueden no ser lo suficientemente sensibles ni específicos para diagnosticar preeclampsia, en la actualidad se dispone de pruebas auxiliares diagnósticas con factores anti y pro-angiogénicos que ayudan al clínico a identificar a las pacientes con presentaciones atípicas.
- Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la pre-eclampsia son las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. La identificación de factores de riesgo para el desarrollo de este padecimiento, permiten en el

primer nivel de atención, por un lado, tipificar grupos de riesgo y, por otro, modificar los factores susceptibles para disminuir la morbilidad y mortalidad.

- Ante la carencia de recursos clínicos para el diagnóstico temprano de pre-eclampsia se han realizado múltiples estudios de investigación con el objetivo de predecir su ocurrencia. Sin duda, un apropiado control prenatal es lo más importante en la prevención secundaria y terciaria. Se debe efectuar un esfuerzo para desarrollar sistemas de atención prenatal que den seguimiento más estrecho y ágil a las mujeres con alto riesgo de desarrollar este síndrome.
- El manejo médico es efectivo en la reducción de la mortalidad materna y está fundamentado en una vigilancia prenatal cuidadosa, así como en el diagnóstico y el tratamiento oportunos.
- A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

- En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.
- La visión holística con la que se precisan actividades como la atención prenatal atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, es sólo un ejemplo de cómo se concretiza este respeto por la dignidad de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENETEC, S. d. S. (2010). Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. *Guía de Práctica Clínica*, 7-8.

Acosta, A., González, J. & Arana, M. (2013, mayo-julio). *Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia, hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura*. Revista Médica, MD., 4, pp. 302-304.

Barró, J., Piña, F., Clorio, J., Fraire, F. & Soto, O. (2012). *Mola parcial y preeclampsia atípica: reporte de un caso y revisión de la bibliografía*. Agosto 12, 2014, de Ginecología y Obstetricia de México Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1212h.pdf>

Bulechek, G.M. Butcher, H.K. McCloskey Dochterman, J. (2009). Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC). Barcelona, España: ELSEVIER, MOSBY.

Castelazo-Morales, E., Monzalbo-Núñez, D. E., López-Rioja, M., de Jesus, & Castelazo-Alatorre, S. (2014). Atypical preeclampsia and perinatal success: A case report]. *Ginecología y Obstetricia De México*, 82(1), 70-74. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1514429053?accountid=14598>

CENETEC, S. d. S (2010). Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. *Guía de Práctica Clínica*, 7-8.

Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSa.. (2005). Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. Agosto 07, 2014, de Secretaría de Salud Sitio web: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D263.pdf

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Agosto 20, 2014, de Secretaría de Salud Sitio web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. (2013). Informe Narrativo 2013. Agosto 25, 2014, de Comité Promotor por una Maternidad Segura en México Sitio web: <http://www.maternidadsegura.org.mx/images/Informe%20Narrativo%202013.pdf>

Descriptores en Ciencias de la Salud (2005). Preeclampsia. Agosto 07, 2014, de Biblioteca Virtual en Salud Sitio web: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Hernández, B. Ortiz, E. & Pérez, R. (2012). *Facility-based care for delivery and management of complications related to pregnancy and childbirth in Mexico*. Agosto 17, 2014. Salud Pública México Sitio web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23011501>

Ibañez, N. S. (2009). *Enfermería Ginecoobstétrica*. La Habana: Ecimed.

Hospital Universitario de CEUTA, Dirección Territorial de CEUTA. (2011). *Guía de Cuidados en el Embarazo*. Septiembre 10, 2014, de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria Sitio web: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2006). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Madrid: ELSEVIER, MOSBY.

Lagunes, A. Ríos, B. Peralta, M. Cruz, P. Sánchez, S. Sánchez, J. Ramírez, C. Zavaleta, N. & López, G. (2011). *Guía de práctica clínica. Enfermedades hipertensivas del embarazo*. Agosto 14, 2014, de Instituto Mexicano del Seguro Social Sitio web: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112t.pdf>

NANDA International. (2010). *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Barcelona, España: ELSEVIER.

Romero, J. Carranco, C. Leaños, A. & Martínez, O. (2014). *Preeclampsia atípica. Reporte de un caso*. Agosto 7, 2014, de Ginecología y Obstetricia de México Sitio web: http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2014/numero%205/caso.clinico_4preeclampsia_atipica.pdf

Romero, J., Morales, E., García, E. & Peralta, M.. (2012). *Guía de práctica clínica. Preeclampsia-eclampsia*. Agosto 07, 2014, de Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Sitio web: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1944:guia-preeclampsia-eclampsia&catid=753:instrumentos-clinicos&Itemid=765

Rosas, M. Lomelí, C. Mendoza, C. Lorenzo, J. Méndez, A. Pérez, S., & Attie, F. (2008). *Hipertensión arterial sistémica en el embarazo*. Agosto 7,

2014. Archivos de Cardiología de México Sitio web:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v78s2/v78s2a7.pdf>

Sáez, V. (2012). *Preeclampsia y eclampsia de presentación atípica*. Agosto 14,-2014, de ELSEVIER DOYMA *Progresos de Obstetricia y Ginecología* Sitio web:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501312000763>

Sánchez, E., Gómez, J. & Morales, V. (Julio-Agosto, 2005). *Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico*. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 48, 145-149.

Secretaría de Salud. (2007). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia y Eclampsia. Lineamiento Técnico*. Septiembre, 01, 2014, de Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Sitio web:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA_lin-2007.pdf

Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, México, D.F.

Sibai, B. & Stella, C.. (2014). *Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia*. Agosto 14, 2014, de *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Sitio web:
<http://www.uaslp.mx/Spanish/Academicas/FM/EventosAcademicos/enam2014/Documents/kasis/1-s2.0-S0002937808008661-main.pdf>

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Hipertension in Pregnancy*. Agosto 18,2014, de The American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy Sitio web:
http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2013/11000/Hypertension_in_Pregnancy_Executive_Summary.36.aspx

UNAM & ENEO. (2008). *Obstetricia I, Historia Clínica*. septiembre 10,2014, de ENEO Sitio web:
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/HISTORIACLINICA.pdf>