

TRABAJO FIN DE GRADO

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DURANTE LA GESTACIÓN EN LA PREECLAMPSIA

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso 2016-2017

Mireya Bermejo Rodríguez

Tutores

Dr. Ángel Luis López de Pablo León

Dra. Silvia Arribas Rodríguez

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Contextualización.....	3
1.1.3. Trastornos hipertensivos del embarazo	3
1.1.3. Preeclampsia	4
Epidemiología	6
Fisiopatología.....	6
Factores de riesgo.....	8
Detección y abordaje terapéutico	9
1.2. Enfermería y la atención gestacional.....	10
1.3. Objetivos	11
2. METODOLOGÍA.....	12
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
4. CONCLUSIONES.....	24
5. AGRADECIMIENTOS	25
6. BIBLIOGRAFÍA	26
7. ANEXOS	32

RESUMEN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo y una de las principales causas de morbimortalidad materna y fetal. Se diagnostica a partir de la semana 20 de gestación y cursa con hipertensión arterial acompañada de proteinuria o de ciertas condiciones adversas como dolor de cabeza, disnea etc. Los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la comunicación de los signos y síntomas de alarma, para la identificación y atención temprana de posibles complicaciones severas.

Objetivos: Identificar las necesidades percibidas por las gestantes con preeclampsia y revisar el papel del personal de enfermería en los cuidados de la mujer con preeclampsia durante la gestación y sus beneficios.

Metodología: Revisión narrativa mediante búsqueda bibliográfica en bases de datos.

Resultados: Las mujeres con preeclampsia durante la gestación manifiestan sentimientos como ansiedad, impotencia y temor; debido a la falta de control de la patología y a la sensación de alto riesgo de mortalidad materno y fetal. En ocasiones refieren falta de información sobre la patología y de preparación para afrontarla. La atención precoz, periódica y holística se asocia con menor riesgo de morbimortalidad materna y fetal.

Conclusiones: La atención de enfermería debe centrarse en aspectos bio-psicosociales y en las necesidades individuales. Los cuidados de enfermería se deben orientar al control periódico, a la detección precoz de posibles complicaciones, a la atención emocional, a la realización de intervenciones educativas, a fomentar el autocuidado y a fortalecer las redes de apoyo familiares y sociales.

Palabras clave: Preeclampsia, enfermería, cuidados de enfermería y atención prenatal.

ABSTRACT

Preeclampsia is a hypertensive disorder of pregnancy and one of the main causes of maternal and fetal morbidity and mortality. It is diagnosed during the 20th week of gestation and courses with arterial hypertension accompanied by proteinuria or certain adverse conditions such as headaches, dyspnea, etc. Nursing professionals have an important role in communicating the signs and symptoms of alarm, for the identification and early attention of possible severe complications.

Objectives: To identify the needs perceived by pregnant women with preeclampsia and to review the role of nursing staff in the care of women with preeclampsia during pregnancy and its benefits.

Methodology: Narrative review through bibliographical searches on databases.

Results: Women with PE during gestation manifest feelings such as anxiety, impotence and fear; due to the lack of control of the pathology and to the sensation of high risk of maternal and fetal mortality. In some cases the women refer to a lack of information about the pathology and the preparation necessary to confront it. Early, periodic and holistic care is associated with a lower risk of maternal and fetal morbidity and mortality.

Conclusions: Nursing care should focus on bio-psychosocial aspects and individual needs. Nursing care should be oriented to periodic monitoring, early detection of possible complications, emotional care, educational interventions, self-care and strengthening family and social support networks.

Key words: Preeclampsia, nursing, nursing care and prenatal care.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización

La preeclampsia (PE) forma parte de los trastornos hipertensivos del embarazo, siendo una de las principales complicaciones durante la gestación.

1.1.3. Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un importante problema de salud pública, ya que afectan alrededor del 10% de los embarazos en todo el mundo, estimándose en aproximadamente 6-8% en Europa⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾. Los Trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal, representando casi el 18% de todas las muertes maternas en todo el mundo⁽³⁾. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos hipertensivos suponen el 16% de las muertes maternas en los países desarrollados, el 9% en África y Asia, y hasta 26% en América Latina y el Caribe⁽¹⁾⁽⁴⁾.

Según la SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada)⁽²⁾ y la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)⁽⁵⁾, los trastornos hipertensivos del embarazo se pueden clasificar en:

- Hipertensión crónica. Hipertensión arterial (presión arterial sistólica (PAS) \geq 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) \geq 90 mmHg), desarrollada antes del embarazo o de la semana 20 de gestación.
- Hipertensión gestacional. Hipertensión arterial a partir de la semana 20 de gestación, en una mujer previamente normotensa.
- Preeclampsia. Hipertensión gestacional acompañada de proteinuria o de una o más condiciones adversas.
- Preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica. Cuando una mujer con hipertensión crónica desarrolla, a partir de la semana 20 de gestación, una o más características de PE.
- Eclampsia. Complicación severa de la PE que se caracteriza por la presencia de convulsiones generalizadas, antes, durante o después del parto.

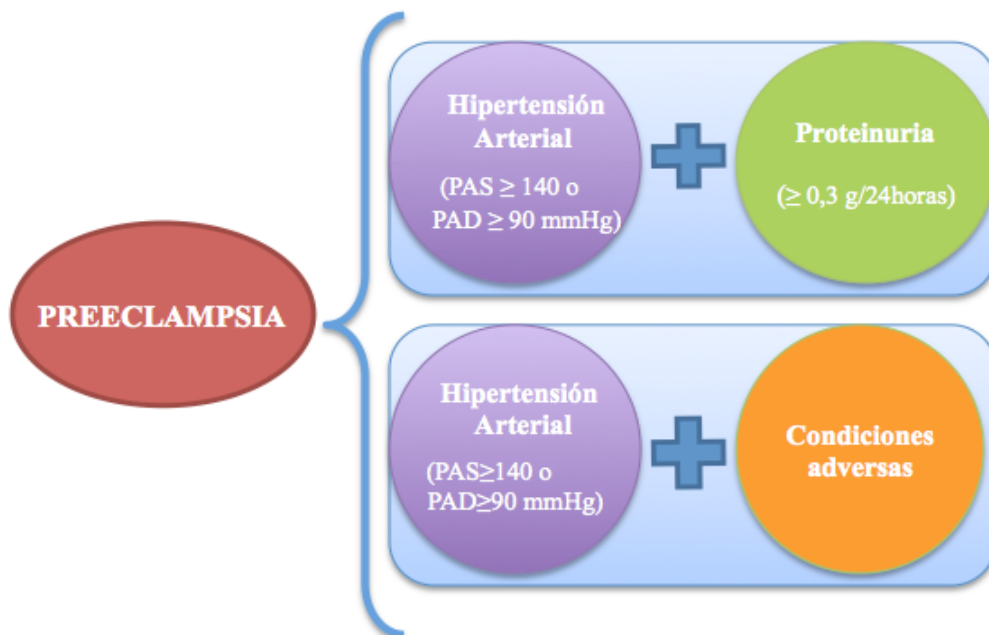
Entre estos trastornos, la PE y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales⁽¹⁾, por lo que en el presente trabajo nos centraremos en la PE.

1.1.3. Preeclampsia

La PE es una complicación multisistémica, que se manifiesta después de la semana 20 de gestación o en el puerperio, en mujeres previamente normotensas. Se caracteriza por hipertensión arterial (PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg –medida en dos ocasiones, separadas al menos por 4 horas-, o hipertensión severa cuando la PAS \geq 160 mmHg y/o la PAD \geq 110 mmHg) que cursa habitualmente con proteinuria (\geq 0,3 g en orina recolectada durante 24 horas, \geq 30 mg/mmol en muestra aleatoria de orina). Actualmente, se sugiere que no es imprescindible la presencia de proteinuria para el diagnóstico⁽²⁾⁽⁵⁾ ya que también puede ser diagnosticada si la embarazada presenta alguna de las condiciones adversas, que se indican en la Tabla 1⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Estas condiciones adversas, estas son signos y síntomas maternos o resultados anormales de la monitorización fetal, que aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones severas⁽⁷⁾.

Años atrás, el diagnóstico de la PE incluía hipertensión arterial, proteinuria y edema. Actualmente, no se debe utilizar la aparición de edemas como elemento imprescindible para diagnosticar la PE, debido a su frecuente aparición en la embarazada⁽⁸⁾. En la Figura 1 se resumen los componentes necesarios para el diagnóstico de PE.

Figura 1. Componentes para el diagnóstico de preeclampsia



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1. Principales condiciones adversas de la preeclampsia

Sistema orgánico	Condiciones adversas
Sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none">- Dolor de cabeza- Alteraciones visuales
Cardio-respiratorio	<ul style="list-style-type: none">- Dolor de pecho- Disnea
Hematológico	<ul style="list-style-type: none">- Elevación del recuento de glóbulos blancos- Disminución del recuento de plaquetas
Renal	<ul style="list-style-type: none">- Elevación de creatinina y ácido úrico séricos
Hepático	<ul style="list-style-type: none">- Náuseas o vómitos- Dolor en epigastrio o en cuadrante superior derecho- Elevación sérica de enzimas hepáticas
Feto-placentario	<ul style="list-style-type: none">- Frecuencia cardíaca fetal anormal- Crecimiento intrauterino retardado- Oligohidramnios

Adaptada de: Magee LA, et al. 2014 (2)

En mujeres con PE resulta importante vigilar signos y síntomas como el dolor de cabeza, los trastornos visuales y el dolor epigástrico que son datos predictivos de complicaciones maternas graves. Sin embargo, la ausencia de estos síntomas no excluye la aparición de complicaciones severas⁽⁷⁾. Entre ellas están: la eclampsia, el ictus, el edema pulmonar, el infarto de miocardio, la lesión renal aguda, la disfunción hepática, el desprendimiento de placenta y la muerte fetal; siendo el ictus y el edema pulmonar las principales causas de mortalidad materna en la PE⁽²⁾⁽⁵⁾. Cualquiera de estas complicaciones, justifica la inducción del parto, independientemente de la edad gestacional⁽⁷⁾.

El síndrome de HELLP, se caracteriza por la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución del recuento plaquetario; durante el embarazo o después del parto. En la mayor parte de la literatura revisada, lo clasifica como una complicación de la PE o una variante de la PE⁽⁹⁾.

Epidemiología

En la última publicación de la OMS (2016), se estimó que las principales complicaciones causantes del 75% de la mortalidad materna, son las hemorragias graves postparto, las infecciones puerperales y la preeclampsia-eclampsia. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (África Subsahariana y Asia Meridional), esto refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud; aunque también existen desigualdades entre las mujeres de diferentes clases sociales dentro de un mismo país⁽¹⁰⁾. A pesar de la reducción de la mortalidad en un 44% con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, su reducción sigue siendo un objetivo mundial y por ello se contemplan estrategias para mejorarla en los Objetivos de Desarrollo Sostenible formulados en 2015⁽¹¹⁾ y en la Estrategia Global para la Salud en Mujeres, Niños y Adolescentes para el 2016-2030⁽¹²⁾.

La PE es un problema de salud pública, debido a que es una de las principales causas de morbilidad materna y fetal, prematuridad y crecimiento intrauterino retardado⁽⁷⁾, causando mundialmente más de 50.000 muertes al año⁽¹³⁾. Aproximadamente el 12-25% del crecimiento intrauterino retardado, así como del 15-20% de los nacimientos prematuros son atribuibles a la PE, provocando mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal⁽⁴⁾. La PE afecta al 2-8% de los embarazos a nivel mundial, de acuerdo con la OMS la incidencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados⁽¹⁴⁾, probablemente debido a que en los países subdesarrollados, los factores socioeconómicos y sociales dificultan el acceso a los sistemas de salud, provocando una demora en el diagnóstico⁽³⁾⁽¹⁵⁾. Aunque en los países desarrollados las tasas de PE han aumentado, debido al retraso en la edad de procreación y el aumento de la obesidad, se ha producido una disminución del progreso a eclampsia gracias a la atención durante el embarazo y el tratamiento con sulfato de magnesio.

Fisiopatología

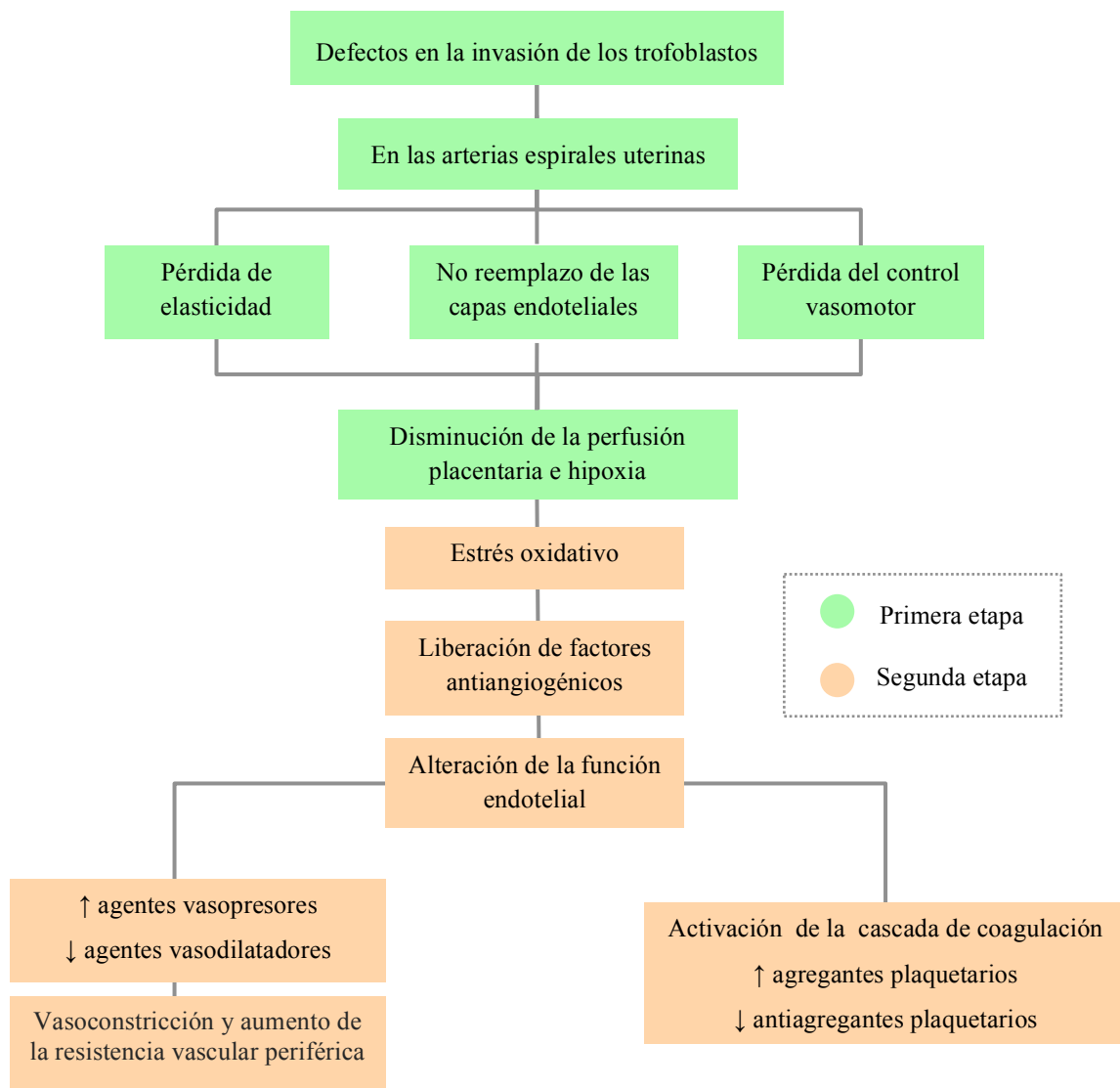
En el embarazo normal, las arterias espirales uterinas maternas son invadidas por los trofoblastos, reemplazando su endotelio. El endotelio vascular tiene propiedades importantes como la liberación de sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras y la regulación de las funciones de anticoagulación, antiplaquetaria y fibrinólisis. Por lo tanto, este proceso produce una remodelación de las arterias espirales para mantener un

flujo uteroplacentario adecuado. Sin embargo, en la PE la remodelación de las arterias espirales es inadecuada y, por lo tanto, este flujo se ve comprometido⁽¹⁶⁾.

Actualmente la fisiopatología de la PE se ha estructurado en dos etapas. La primera etapa, ocurre durante las primeras 20 semanas de gestación. Se producen defectos en la invasión de los trofoblastos en las arterias espirales, provocando que no se reemplacen las capas endoteliales y pérdida de elasticidad de la pared y del control vasomotor. Esto finalmente conlleva a una disminución de la perfusión placentaria produciendo hipoxia. La segunda etapa, sucede a partir de la semana 20 de gestación. Debido a la hipoxia y el estrés oxidativo se produce la liberación de factores antiangiogénicos que causan alteración de la función endotelial. Esto provoca un la activación de la cascada de coagulación, el incremento de agentes vasopresores y agregantes plaquetarios y, una disminución de las sustancias vasodilatadoras y antiagregantes plaquetarios. Este desbalance produce un estado de vasoconstricción y aumento de la resistencia vascular periférica, que conlleva a un aumento de la presión arterial⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

La primera etapa de la PE es asintomática, en la cual hay un estado de hipoxia de la placenta y, la segunda etapa es sintomática, caracterizada por una respuesta inflamatoria exagerada y una disfunción endotelial⁽¹⁷⁾. Cuanto más extremos sean los problemas placentarios, más temprano surgen los signos y síntomas de la PE, y más severa tiende a ser la enfermedad. En algunos casos, los síntomas o signos de la PE pueden no aparecer durante la gestación sino después del parto⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾. En la figura 2, se muestra un resumen de este proceso fisiopatológico.

Figura 2. Proceso fisiopatológico de la preeclampsia



Fuente: Elaboración propia

El origen de la PE sigue siendo desconocido. Actualmente se cree que, probablemente, factores genéticos e inmunológicos maternos están implicados. Una de las hipótesis principales, propone que existe una respuesta inmune materna exagerada a los trofoblastos, que puede estar relacionada con factores genéticos maternos⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁾.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de la PE son: edad materna ≥ 40 años, antecedentes familiares de PE, condiciones médicas preexistentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad), PE previa, embarazo múltiple, primigesta, uso de técnicas de reproducción asistida y hipertensión gestacional⁽²⁾. Se cree que el aumento de la incidencia de PE puede estar relacionada con trastornos como hipertensión, diabetes,

obesidad, el retraso en la edad de procreación y el uso de técnicas de reproducción asistida -que conlleva a un aumento de gestación múltiple-⁽⁴⁾.

Uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de PE es el sobrepeso y la obesidad habiendo sido descrito que la obesidad materna aumenta 2 a 3 veces el riesgo de PE. Este riesgo parece ser directamente proporcional al aumento del Índice de Masa Corporal (IMC). Por todo ello, en mujeres con sobrepeso y obesidad se recomienda la pérdida de peso antes del embarazo⁽⁴⁾.

Detección y abordaje terapéutico

En la actualidad, no existe una prueba fiable y de bajo coste para la detección temprana de la PE. Aunque han sido sugeridos distintos marcadores séricos, no existe evidencia suficiente para indicar su uso rutinario en la práctica clínica⁽¹⁴⁾.

Después del diagnóstico clínico de PE, se podrá realizar tratamiento ambulatorio en los casos de PE sin complicaciones severas. Se llevará a cabo la monitorización materna (estudio analítico, PA, peso, exploración obstétrica) y la monitorización fetal de forma periódica. En cuanto a los aspectos generales, se recomienda una dieta normocalórica y normosódica, reposo relativo e inicio de tratamiento antihipertensivo cuando la hipertensión arterial es severa⁽²⁾⁽⁸⁾. También, la SCOG indica que no hay pruebas suficientes para hacer una recomendación sobre el ejercicio, la reducción de la carga de trabajo o una reducción del estrés⁽²⁾.

Ante situaciones severas de PE puede llegar a recomendarse la finalización de la gestación. En caso de que no existan complicaciones severas se recomienda un manejo conservador bajo control materno-fetal, sin embargo si recomienda la inducción del parto a partir de las 37 semanas de gestación, existan o no complicaciones. Si se producen complicaciones severas maternas y por la edad gestacional el feto no es viable, se debe finalizar la gestación. En caso de complicaciones severas y entre la 34-36 semana de gestación, se recomienda manejo conservador bajo monitorización materna y fetal. En todas las mujeres que presentan PE, se debe administrar corticoesteroides antes de la semana 34 de gestación con el fin de acelerar la maduración pulmonar fetal⁽¹⁾⁽²⁾. Respecto a la vía del parto, se debe considerar el parto vaginal a menos que se requiera un parto por cesárea por razones obstétricas (como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, etc). En caso de evidencia

de compromiso fetal o emergencia materna, puede ser necesario el parto por cesárea⁽²⁾⁽⁸⁾.

1.2. Enfermería y la atención gestacional

Todas las mujeres durante la gestación necesitan acceso a la atención prenatal, atención especializada durante el parto, y a la atención en el puerperio. Aunque en muchas partes del mundo ha aumentado la atención prenatal en los últimos diez años, algunos los factores que dificultan el acceso o la búsqueda de la atención durante el embarazo son: la pobreza, la distancia a los centros sanitarios, la falta de información y la inexistencia de servicios adecuados⁽¹⁰⁾.

Proporcionar una atención durante el embarazo es una recomendación incluida en diversas Guías de Práctica Clínica, además de ser un servicio incluido en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid⁽²⁰⁾. La atención a la mujer durante el proceso de maternidad es una de las competencias que el personal de enfermería debe adquirir durante su formación. Así se recoge en el Boletín Oficial del Estado en la orden que establece los requisitos de titulación universitaria que habilitan para el ejercicio de la Enfermería⁽²¹⁾. Además, en el ejercicio de esta profesión se cuenta con la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA) destinados al proceso de maternidad, y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) que hacen referencia a los conocimientos y conductas prenatales, así como cuidados en embarazos de alto riesgo⁽²²⁾.

El control prenatal es reconocido por su importancia en la reducción de la morbimortalidad materna y, para que sea eficaz debe de ser integral y continuo. La consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades que permiten el seguimiento de la gestante y se desarrolla en visitas programadas con el fin de controlar la evolución del embarazo y disminuir los riesgos⁽²³⁾. Cuando existe buena adherencia a este, se puede detectar y tratar las complicaciones que ponen en riesgo la salud materno-fetal, como la PE⁽²⁴⁾. El papel de la enfermería, está orientado hacia la educación para la salud, fortalecimiento del autocuidado, así como proporcionar asistencia y evaluar los resultados⁽²³⁾⁽²⁴⁾. A la hora de planificar y ejecutar los cuidados, es importante tener en cuenta el grado de conocimiento de la mujer, las necesidades percibidas y las experiencias culturales⁽²⁴⁾.

1.3.Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo general conocer la importancia de los cuidados de la mujer con preeclampsia durante el embarazo. Los objetivos específicos son:

- Identificar las necesidades percibidas por las gestantes
- Revisar el papel del personal de enfermería en los cuidados de la mujer con preeclampsia en la gestación y sus beneficios.

2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como PubMed, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, SciELO y Cochrane Plus. Para completar la investigación también se ha realizado una búsqueda en páginas webs oficiales como en la página del Ministerio de Sanidad o de la Federación de Asociaciones de Matronas de España y protocolos asistenciales (Tabla 2).

Las búsquedas se han realizado utilizando el lenguaje controlado de los tesauros Medical Subjects Headlines (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Los términos DeCS empleados para la búsqueda en español fueron: *preeclampsia*, *enfermería*, *cuidados de enfermería* y *atención prenatal*. Los términos MeSH fueron: *preeclampsia*, *nursing*, *nursing care* y *prenatal care*. La estrategia de búsqueda se adaptó a cada base de datos, utilizando el lenguaje controlado combinado mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Además, los filtros utilizados para delimitar y ajustar la búsqueda han sido:

- Fecha de publicación: de 2007 hasta 2017.
- Idioma: español e inglés.
- Especie: humanos.

Para la selección de artículos se establecieron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión
 - Estudios relacionados con la PE durante la gestación
 - Madres con recién nacidos prematuros, como complicación de la PE.
 - Estudios relativos a cuidados de enfermería.
 - Pertinencia y fiabilidad.
- Criterios de exclusión:
 - Mujeres exclusivamente con PE postparto.
 - Mujeres con patología sobreagregada
 - Situaciones de maltrato durante el embarazo y violencia de género.
 - Estudios relativos a aspectos diagnósticos, de prevención y tratamiento.

Por último, en cuanto a la metodología empleada para la selección de los artículos, en primer lugar, del total de los artículos obtenidos con las búsquedas, se ha realizado una selección en función de los títulos, descartando aquellos que no tenían

relación con el tema de revisión. A continuación, se realizó una lectura de los resúmenes de los artículos elegidos anteriormente, seleccionando aquellos relacionados directamente con el objetivo del trabajo. Posteriormente, se hizo una lectura en profundidad de los artículos, eligiendo aquellos acorde con los objetivos específicos de este trabajo. Finalmente, se realizó un análisis de los artículos elegidos.

Tabla 2. Otras fuentes documentales

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Guía de Práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio
Federación de Asociaciones de Matronas de España	0 artículos
Protocolos Asistenciales	Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio, Junta de Andalucía. Guía de Práctica Clínica. Trastornos hipertensivos de embarazo, Ecuador

En la Tabla 3, se recoge la estrategia de búsqueda empleada en las diferentes bases de datos. En el Anexo 1 se detallan los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica.

Tabla 3. Estrategias de búsqueda

Palabras clave / Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Artículos seleccionados
Pubmed		
("Pre-Eclampsia"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	44	8
"Pre-Eclampsia/nursing"[Mesh]	24	2*
("Pre-Eclampsia"[Mesh]) AND "Nursing care"[Mesh]	11	1*
(("Pre-Eclampsia"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh])	165	7*
(("Pre-Eclampsia"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	15	5*
<i>Total Pubmed</i>		10
Cuiden		
("Preeclampsia")AND("enfermeria")	36	8
("Preeclampsia")AND("nursing")	12	6*
("Preeclampsia")AND(("nursing")AND("care"))	11	5*
("Preeclampsia")AND(("cuidados")AND("enfermeria"))	14	6*
("Preeclampsia")AND(("prenatal")AND("care"))	12	1*
("Preeclampsia")AND(("atencion")AND("prenatal"))	8	1*
<i>Total Cuiden</i>		10
Scielo		
(Preeclampsia) AND (enfermería)	13	7*
(Preeclampsia) AND (Nursing)	8	5*
(Preeclampsia) AND (cuidados enfermería)	5	3*
(Preeclampsia) AND (Nursing care)	6	4*
(Preeclampsia) AND (prenatal care)	37	1
(Preeclampsia) AND (atención prenatal)	18	0
<i>Total Scielo</i>		3

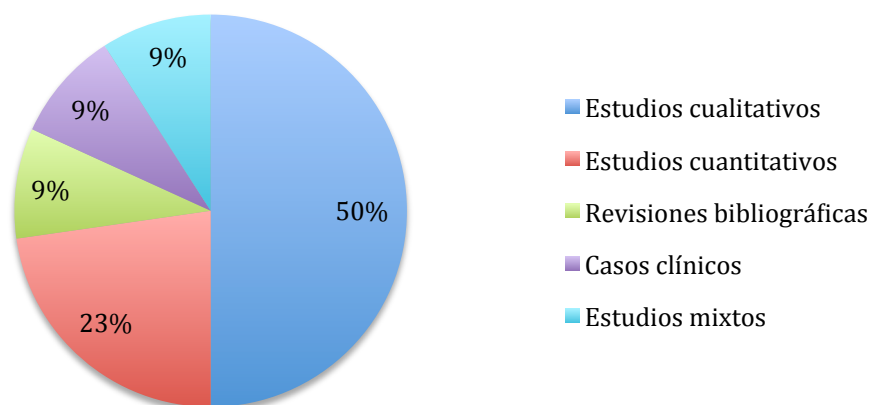
CINAHL		
(Preeclampsia) AND (Nursing)	29	1*
(Preeclampsia) AND (Nursing care)	6	0
(Preeclampsia) AND (Prenatal care)	68	0
<i>Total CINAHL</i>		0
Cochrane Plus		
Preeclampsia AND Nursing	18	0
Preeclampsia AND Enfermería	2	0
Preeclampsia AND Nursing Care	13	0
Preeclampsia AND Cuidados de enfermería	1	0
Preeclampsia AND Prenatal care	62	0
<i>Total Cochrane Plus</i>		0

* Algunos artículos duplicados encontrados en búsquedas anteriores

Fuente: Elaboración propia

Finalmente se han seleccionado 22 estudios, de los cuales 11 son estudios cualitativos, 5 estudios cuantitativos, 2 estudios mixtos (cuantitativo y cualitativo), 2 revisiones bibliográficas y 2 casos clínicos (Figura 3).

Figura 3. Estudios incluidos en la revisión según la tipología



Fuente: Elaboración propia

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras realizar las búsquedas en la bases de datos, se identificaron un total de 74 artículos relacionados con la temática de la revisión. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron finalmente 23 artículos (Anexo 1).

Tras realizar la lectura crítica de los artículos seleccionados, se han agrupado para su análisis y discusión en dos grupos temáticos:

- Conocer las necesidades de las mujeres que padecen preeclampsia durante el embarazo a través de las experiencias de las mujeres gestantes.
- Revisar el papel del personal de enfermería en los cuidados durante la gestación con preeclampsia, analizando la importancia de los mismos.

Necesidades de las mujeres que padecen preeclampsia

Varios estudios realizados en poblaciones de bajo nivel socioeconómico, indican que no conocen los términos preeclampsia y eclampsia. Estas poblaciones conocen que, durante el periodo gestacional pueden aparecer hipertensión, convulsiones, dolor de cabeza, mareos entre otros, pero no lo asocian como causa directa del embarazo y piensan que todos estos signos y síntomas son consecuencia de una mala nutrición, de la herencia o debidos a causas sobrenaturales. Esta falta de conocimientos y el uso de remedios tradicionales para su tratamiento, pueden ocasionar consecuencias graves para la salud materno-fetal⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾.

Investigaciones cualitativas realizadas mediante entrevistas domiciliarias o institucionales a mujeres durante el periodo gestacional y tras el parto, indican que las mujeres con PE durante la gestación manifiestan sentimientos de ansiedad, temor, incertidumbre y desesperación. Además expresan impotencia ya que consideran que es difícil controlar la aparición de la patología, su evolución y sus consecuencias⁽²⁹⁾. Lo más significativo para las gestantes son las sensaciones de peligrosidad por el elevado riesgo de muerte materna o fetal, lo que les provoca un gran desequilibrio emocional⁽³⁰⁾⁽³¹⁾. La percepción de las mujeres sobre la causa de padecer PE es debida a tres elementos causales: la falta de cuidados durante el embarazo (no realizar los cambios oportunos en los estilos de vida -en la alimentación y los descansos durante el día- y la falta de asistencia a los controles prenatales), una predisposición a la enfermedad, así como problemas familiares y personales⁽²⁹⁾. Según un estudio, el estrés

psicológico percibido varía con la gravedad de la situación; sin embargo, el empeoramiento de la PE no está asociado al estrés, a la falta de autocontrol, a la percepción de los síntomas ni tampoco a la falta de apoyo social⁽³²⁾.

En ocasiones, puede que las gestantes no acepten la enfermedad debido a la falta de percepción de los síntomas y de la gravedad de la situación. Lo que puede dificultar el acceso a los servicios de salud o que se produzca un acceso tardío y, por tanto provocar mala adherencia al tratamiento y control del embarazo⁽³⁰⁾.

En algunos estudios, las mujeres manifiestan falta de información sobre la patología durante el seguimiento prenatal y/o la hospitalización, y por lo tanto, les gustaría tener más información sobre la aparición de la PE, sus consecuencias y las actividades preventivas. En ocasiones, refieren falta de preparación para enfrentarse a la nueva situación de salud, es decir, no sólo recibir información sobre el tratamiento y signos de alarma, sino hacerlas conscientes de la situación y de las posibles complicaciones, para con ello afrontar todo el proceso de forma eficaz. La falta de información podría estar relacionada con el escaso diálogo durante las citas, algo característico de la atención basada en el modelo biomédico, que se centra en los componentes biológicos sin tener en cuenta la experiencia de la paciente⁽³³⁾⁽³⁴⁾.

La presencia de PE altera las funciones vitales de las gestantes y trastoca las actividades diarias y laborales⁽¹⁵⁾⁽³⁵⁾. Esto provoca que las mujeres aprendan a gestionarse mediante el autocuidado -actividades deliberadas y aprendidas que realiza la propia persona para satisfacer sus necesidades y así mantener la vida, la salud y el bienestar- y, mediante el apoyo familiar, social, institucional y espiritual (religioso)⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾. Tanto el apoyo familiar como el de los profesionales de la salud y la ayuda espiritual, son considerados por la mujeres con PE un soporte esencial en el embarazo, durante la hospitalización y el postparto. En relación al soporte familiar destacan el apoyo emocional y físico tanto de la madre como del marido. El soporte recibido por los profesionales de la salud es reconocido como esencial, basándose en una relación de confianza y respeto que favorece la toma de decisiones. En concreto, las gestantes destacan de los profesionales de enfermería la capacidad de orientación, apoyo y posibilidad de establecer una relación estrecha⁽³⁰⁾⁽³⁴⁾. Sin embargo, en el estudio realizado por Norma Noguera en 2014, refiere que las mujeres consideran que las intervenciones de enfermería están enfocadas a la dimensión fisiopatológica y a la realización de actividades técnico-asistenciales, pero no a la dimensión emocional⁽³⁰⁾.

La Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, se fundamenta en mantener un nivel adecuado de autocuidado del paciente, para ello las enfermeras realizan acciones que ayuden a las personas a mantener por sí mismas los requisitos de autocuidado. Cuando existe déficit de autocuidado, el personal de enfermería puede compensarlo total, parcialmente y mediante apoyo educativo de la paciente⁽³⁶⁾. Un estudio basado en esta teoría obtuvo como resultados que el nivel socioeconómico y cultural son factores determinantes para el desarrollo de las capacidades de autocuidado tanto en mujeres con PE como sin ella, pero el grupo de mujeres con la patología tienen niveles más bajos de autocuidado. En ambos grupos las mujeres consideran que tienen un buen estado de salud, y las mujeres con PE no la consideran como una enfermedad, sino como un proceso normal dentro del embarazo⁽³⁷⁾.

Los sentimientos postparto expresados por las mujeres con PE también estuvieron marcados por el temor, la angustia y la incertidumbre, debidas al nacimiento prematuro y su posible hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales⁽³¹⁾⁽³⁴⁾. Además, estas mujeres ponen de manifiesto sentimientos de culpa por no cumplirse el embarazo idealizado y lo atribuyen a la falta de cuidados durante el embarazo⁽³¹⁾⁽³⁴⁾⁽³⁸⁾. El nacimiento prematuro, la hospitalización en la UCIN y el posterior cuidado en el hogar, implica que las madres antepongan las necesidades de su hijo a las propias. Esto conlleva falta de preocupación por los cuidados puerperales y pérdida de relaciones sociales y familiares, comprometiendo el equilibrio emocional materno y familiar⁽³¹⁾⁽³⁴⁾.

Es importante que a las pacientes con PE se las guíe durante el proceso gestacional y se la atienda de forma integral, abarcando las esferas tanto biológicas como psicosociales. Las mujeres que padecen PE en la gestación, presentan alteraciones emocionales debido a la ansiedad y el miedo causado por el elevado riesgo vital materno y fetal. Conocer todas estas necesidades percibidas por las gestantes, ayuda a los profesionales de enfermería a planificar y ejecutar planes de cuidados individualizados y holísticos, que ayuden a las mujeres a adquirir un mayor nivel de conocimiento, a mejorar la adaptación del proceso, a fomentar el autocuidado y a fortalecer las redes de apoyo. También es importante conocer las experiencias maternas tras el parto, en los casos de nacimientos prematuros y la hospitalización en la UCIN, porque esto ayuda a los profesionales a detectar la necesidad de ofrecer a las madres una educación correcta durante la gestación en cuidados de recién nacidos prematuros y la preparación para el impacto emocional.

Papel del personal de enfermería en los cuidados durante la gestación con preeclampsia e importancia de los mismos

El personal de enfermería tiene un papel importante en la prevención de las complicaciones de la PE. Esto se debe a que es un recurso humano que favorece la accesibilidad a los servicios de salud, promueve la asistencia a los controles prenatales, lleva a cabo intervenciones educativas y proporciona información sobre los síntomas y signos de alarma, para prevenir complicaciones y promover el autocuidado⁽¹⁵⁾⁽³⁹⁾.

Para la reducción eficaz de las complicaciones maternas y perinatales, es necesario el manejo de la PE a nivel comunitario que favorezca la identificación para una intervención precoz. Para la viabilidad de las intervenciones comunitarias es importante la movilización de la comunidad, los programas de sensibilización de la población y el apoyo institucional. Los elementos que dificultan el desarrollo de estas intervenciones son los retrasos en la búsqueda de atención, los escasos conocimientos sobre la patología, la falta de recursos humanos y el elevado coste de la atención sanitaria⁽⁴⁰⁾.

Un estudio realizado en Brasil, demuestra que la atención prenatal completa se asocia con menor riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal; se considera una atención prenatal completa a la realización de un mínimo de 6 visitas durante la gestación. El 66% de los casos de mortalidad materna o fetal ocurrieron en mujeres sin control prenatal o control incompleto, por lo que se insiste la importancia de la atención prenatal como una estrategia factible y eficaz⁽⁴¹⁾. La adecuación de la atención prenatal no depende sólo del momento de iniciación y el número de visitas, sino también la calidad y los tipos de atención. Una atención inadecuada de las mujeres con PE está relacionada con menor peso fetal y/o semana de gestación al nacer, aumentando el riesgo de morbilidad fetal y el ingreso en la UCIN y, por lo tanto, haciendo necesaria una atención sanitaria y unos cuidados neonatales especializados⁽⁴²⁾.

Durante el seguimiento prenatal, se recomienda una atención de enfermería basada en acciones individualizadas e integrales, teniendo en cuenta las necesidades expresadas, con el fin de proporcionar cuidados de enfermería culturalmente congruentes, holísticos y humanizados⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾. Es decir, se deben englobar tanto aspectos físicos y biológicos como emocionales y sociales. Respecto a los aspectos físicos, es importante la medición de la presión arterial periódica, el abordaje de los signos y síntomas de alarma, el control del peso, la vigilancia de edemas y administrar el

tratamiento antihipertensivo si se precisa, entre otras actividades⁽¹⁵⁾⁽²⁹⁾⁽³²⁾⁽³⁹⁾⁽⁴³⁾. En cuanto a los aspectos emocionales y sociales, es imprescindible fomentar el diálogo y la escucha activa que favorezca la expresión de sentimientos y reduzca los niveles de estrés y ansiedad, causando una mejora en el control del tratamiento, el autocuidado y la adquisición de hábitos saludables⁽⁴⁴⁾. Además, el diálogo nos ayuda a determinar el grado de conocimiento y percepciones que tiene la paciente sobre la patología⁽¹⁵⁾⁽³⁹⁾, la percepción es una construcción individual que se relaciona con las diferentes formas de definir los problemas de salud-enfermedad⁽²⁹⁾. Una recomendación para el profesional de enfermería durante la atención prenatal, es fortalecer las redes de apoyo sociales, estimulando la participación de la familia⁽¹⁵⁾⁽³⁴⁾⁽³⁹⁾.

También, durante la atención gestacional, es esencial insistir en que las mujeres conozcan las dificultades de la vida diaria, y fomentar acciones de autocuidado para aumentar las posibilidades de resultados favorables. La educación sanitaria está dirigida a la enseñanza en la toma de la PA, a la detección de síntomas y signos de alarma, a la realización de descansos y de una alimentación adecuada, evitar el estrés y buscar ayuda a través de las redes de apoyo sociales y familiares⁽¹⁵⁾⁽³²⁾⁽³⁵⁾⁽³⁹⁾.

Con el objetivo de reducir la mortalidad materna debida a la PE, en Colombia se diseñó e introdujo un programa de atención prenatal integral basado en el Modelo Biopsicosocial. Durante 2002-2006 fue introducido como política de salud pública nacional, incluyó atención biomédica obstétrica, nutricional e intervenciones psicosociales como elementos innovadores. El estudio mostró que la mortalidad materna en la PE no se asoció con la atención prenatal temprana; sin embargo, sí se observó una mejora cuando las intervenciones biomédicas incluyeron suplementación nutricional y reducción del estrés mediante el apoyo social⁽⁴⁵⁾. Este estudio demuestra la importancia del manejo de los aspectos psicosociales. En la actualidad, el estudio del papel de los factores psicosociales en la PE es un tema en aumento, siendo necesario una mayor investigación.

En cuanto a la metodología enfermera, en varios casos clínicos de mujeres con preeclampsia con características severas⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁶⁾ se ha realizado una valoración de la paciente aplicando diferentes modelos fundamentados de enfermería. Tras dicha valoración y según las necesidades detectadas, se han propuesto los principales diagnósticos e intervenciones de enfermería, que se han completado según la Taxonomía NANDA⁽²²⁾ (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnósticos enfermeros y planificación de intervenciones

Diagnósticos enfermeros (NANDA)	Intervenciones enfermeras (NIC)	Actividades de enfermería
<p>Exceso de volumen de líquidos RC compromiso de los mecanismos reguladores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la hipervolemia 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización signos vitales - Control del peso - Registro de balance hídrico - Evaluar localización y extensión de edemas - Administrar terapia intravenosa, según prescripción
<p>Patrón respiratorio ineficaz RC disminución de la energía</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización respiratoria - Oxigenoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiraciones - Administrar oxígeno, según tratamiento - Vigilar saturación de oxígeno
<p>Déficit de autocuidado: baño/higiene Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento RC debilidad y cansancio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda con los autocuidados: baño/higiene y vestir/arreglo personal - Manejo ambiental: bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar y proporcionar los objetos - Fomentar la participación de la paciente y familia - Determinar el tipo de ayuda necesitada - Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
<p>Riesgo de alteración de la diada materno/fetal RC complicaciones del embarazo y compromiso del transporte de oxígeno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados del embarazo de alto riesgo - Enseñanza: medicamentos prescritos 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidados, de automonitorización, signos y síntomas de alarma y sobre el uso de fármacos prescritos - Explicar los riesgos fetales asociados - Establecer un plan de seguimiento clínico. - Proporcionar orientación de las posibles intervenciones - Monitorizar el estado físico y psicosocial - Remitir a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesario.

Conocimientos deficientes RC falta de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: procedimiento/tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar y explicar a la paciente de todo el procedimiento - Determinar las experiencias y el nivel de conocimiento relacionados con el procedimiento - Enseñar a la paciente como cooperar en el momento del procedimiento
Ansiedad RC preocupación de su bienestar físico y estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el afrontamiento - Técnicas de relajación - Disminución de la ansiedad - Escucha activa 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos. - Proporcionar información del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Proporcionar seguridad y reducir el miedo. - Animar a la familia a permanecer con la paciente - Enseñar a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. - Fomentar la autonomía de la paciente. - Estimular la expresión de sentimientos y percepciones
Temor	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos - Animar a la paciente a que exprese los sentimientos - Proporcionarle apoyo

Adaptada de: Carmona-Guirado AJ, 2014⁽⁴⁴⁾ y NNNConsult⁽²²⁾

Los profesionales de enfermería durante la gestación deben de promover la asistencia a los controles periódicos, el autocuidado y realizar intervenciones de promoción y educación para la salud, ya que es uno de los pilares fundamentales de la enfermería. Respecto a la paciente con PE, estas intervenciones se centrarían en la detección de los signos y síntomas de alarma, las posibles complicaciones, el manejo del tratamiento y la evolución hasta el postparto. Sin embargo, en la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos consultadas, no se encuentran artículos o protocolos sobre promoción y educación para la salud en gestantes con PE. Una mayor investigación en este aspecto, proporcionaría a la población nuevas vías de acceso a una mayor cantidad de información sobre la patología, además de empoderamiento de la población en la adquisición de habilidades y capacidades, así como de nuevas oportunidades de aprendizaje. Sin embargo, la mayoría de los artículos encontrados se centran en aspectos biológicos, sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención. Igualmente, se requiere más investigación sobre la vida diaria de las mujeres con PE y sus necesidades, con el propósito de desarrollar modelos de atención integrales y adaptativos, que ayuden tanto a la salud física como psicosocial.

La Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio de España⁽⁴⁷⁾ y en el Proceso Asistencial Integrado: embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía⁽⁴⁸⁾; hacen referencia a la organización de los cuidados prenatales, visitas y seguimiento durante el embarazo sin complicaciones. Respecto a la PE, únicamente hace referencia a la vigilancia rutinaria en cada visita prenatal para la detección precoz. Incluye una revisión sistemática de Cochrane en 2001, que señala que las mujeres que recibieron cuidados habituales por matronas y médicos de familia mostraron menor tasa de hipertensión y de PE, comparado con las que los recibieron por parte de un obstetra o un ginecólogo⁽⁴⁷⁾. En la Guía de Práctica Clínica de trastornos hipertensivos de embarazo de Ecuador⁽⁴⁹⁾, trata aspectos sobre el diagnóstico, prevención, tratamiento, proceso del parto y monitorización fetal. Por lo tanto, en ninguna de estas guías hace referencia a aspectos psicosociales o emocionales, sino exclusivamente se basa en aspectos biomédicos. Estas guías consultadas, no hacen referencia a cuidados enfermeros exclusivamente, sino a una atención sanitaria general.

Actualmente, no se encuentran guías de práctica clínica ni protocolos a nivel de la Comunidad de Madrid ni Estales, acerca de la atención de la preeclampsia durante la gestación ni sobre cuidados enfermeros.

4. CONCLUSIONES

La preeclampsia es una importante complicación gestacional y un problema de salud pública debido a que es una de las principales causas de morbilidad materna y fetal. Resulta fundamental prestar una atención gestacional orientándola a las necesidades expresadas por las mujeres gestantes y aplicando un modelo biopsicosocial, para proporcionar con todo ello una atención sanitaria adecuada y completa.

- Las principales necesidades expresadas por las mujeres que padecen preeclampsia durante la gestación, están relacionadas con el desconocimiento y la falta de control de la patología, lo que origina sentimientos como ansiedad, temor e incertidumbre. Además, las experiencias maternas postparto, hacen visible la necesidad de tratar durante la gestación los posibles resultados y el impacto emocional del nacimiento prematuro e ingreso del recién nacido en la UCIN.

Esto sugiere la necesidad de reforzar la educación sanitaria maternal y el apoyo emocional, que favorezca la expresión de sentimientos y la adquisición de conocimientos para los cuidados durante la gestación como después del parto.

- El profesional de enfermería debe dirigir los cuidados gestacionales en la mujer con preeclampsia hacia el control y manejo periódico, a la detección precoz de posibles complicaciones, a fomentar el autocuidado y fortalecer el apoyo familiar y social. Es importante que los profesionales sean conscientes de la importancia de los cuidados holísticos e individualizados.
- Se ha demostrado que el control prenatal es beneficioso para la mujer con preeclampsia durante el embarazo, dado que se asocia con menor riesgo de morbilidad materna ya que favorece la detección temprana de complicaciones severas.

Es preciso establecer estrategias de atención de enfermería en la gestante con preeclampsia que engloben aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es necesario seguir investigando acerca de los cuidados psicosociales y en la realización de proyectos de educación para la salud en esta población.

5. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mis tutores el Dr. Ángel López de Pablo y la Dra. Silvia Arribas por aceptarme para realizar este trabajo. Del mismo modo a la Dra. M^a Carmen González. Gracias por la disponibilidad, por haberme guiado y aconsejado durante el trabajo.

Por supuesto a mi familia y pareja por ser mis pilares fundamentales y quienes me han brindado su ayuda. Gracias a todos ellos que han confiado en mí, sin dudar de mis capacidades y habilidades.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia; 2015. [citado 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/IwL7Mx>
2. Magee LA, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2014;36(5):416–438 [citado 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/oh0ipq>
3. Bazzano AN, Green E, Madison A, Barton A, Gillispie V, Bazzano LAL. Assessment of the quality and content of national and international guidelines on hypertensive disorders of pregnancy using the AGREE II instrument. *BMJ Open* 2016;6(1):e009189. Disponible en: <https://goo.gl/AVkMa0>
4. Jeyabalan A. Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity. *Nutr Rev* 2013;71(1):S18-25. Disponible en: <https://goo.gl/z4BSOO>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 2013;122(5): 1122-1131. Disponible en: <https://goo.gl/VyO8u9>
6. Gillon TER, Pels A, von Dadelszen P, MacDonell K, Magee LA. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. *PloS One* 2014;9(12):e113715. Disponible en: <https://goo.gl/fCF4tw>
7. Snydal S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2014;59(6):596-605. Disponible en: <https://goo.gl/CXyZ4u>
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Estados Hipertensivo del Embarazo; 2006 [Internet] [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.sego.es/Content/pdf/estadoshipertensivosembarazo.pdf>
9. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Española de Ginecología y Obstetricia; 2008 [Internet] [citado 23 de febrero de 2017]. Disponible en:

http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf

10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Mortalidad materna. Centro de prensa 2016. [citado 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

11. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Objetivos de Desarrollo Sostenibles [citado 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>

12. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Objetivos de Desarrollo sostenible. Disponible en: <https://goo.gl/0Q0vYO>

13. Wu P, et al. Early Pregnancy Biomarkers in Pre-Eclampsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Mol Sci.* 23 de septiembre de 2015;16(9):23035-56. Disponible en: <https://goo.gl/OpzHWM>

14. Vargas VM, Gustavo Acosta A, Moreno MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2012;77(6):471-476. Disponible en: <https://goo.gl/S9TP8b>

15. Vega-Morales EG, Torres-Lagunas MA, Patiño-Vera V, Ventura-Ramos C, Vinalay-Carrillo I. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. *Enfermería Universitaria* 2016;13(1):12-24. Disponible en: <https://goo.gl/IXzYQI>

16. Palei AC, Spradley FT, Warrington JP, George EM, Granger JP. Pathophysiology of hypertension in pre-eclampsia: a lesson in integrative physiology. *Acta Physiol Oxf Engl* 2013;208(3):224-33. Disponible en: <https://goo.gl/NYAOrf>

17. Rodríguez GM, Egaña UG, Márquez AR, Bachmann MM, Soto AA. Preeclampsia: mediadores moleculares del daño placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(1):72-8. Disponible en: <https://goo.gl/znWMvJ>

18. Egan LAV, Peña SPC. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. *Rev Fac Med UNAM* 2007;50(2):57-61. Disponible en: <https://goo.gl/wje14a>

19. Naljayan MV, Karumanchi SA. New developments in the pathogenesis of preeclampsia. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2013;20(3):265-70. Disponible en: <https://goo.gl/Fj4p6w>

20. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios estandarizados de atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. 4ª ed. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014. Disponible en: <https://goo.gl/nH1chr>
21. Orden CIN/2134/2008. Boletín Oficial del Estado, 19 de julio de 2008, núm 174, p.31680-31683. Disponible en: <https://goo.gl/YySW6Q>
22. NNNConsult [Internet]. Elsevier: NANDA, NOC, NIC Consult. [Citado 8 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
23. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enferm Global*. 2010;(18):0-0. Disponible en: <https://goo.gl/exWTDj>
24. Sánchez-Jiménez B, Hernández-Trejo M, Lartigue-Becerra T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21(4): 167-177. Disponible en: <https://goo.gl/dyhzaX>
25. Akeju DO et al. Community perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in Ogun State, Nigeria: a qualitative study. *Reprod Health*. 2016; 13(Suppl 1):57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27357695>
26. Boene H et al. Community perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in southern Mozambique. *Reprod Health*. 2016; 13(Suppl 1):33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27357840>
27. Vidler M et al. Community perceptions of pre-eclampsia in rural Karnataka State, India: a qualitative study. *Reprod Health*. 2016;13 (Suppl 1):35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943492/>
28. Khowaja AR et al. Community's perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in Sindh Pakistan: a qualitative study. *Reprod Health*. 2016;13 (Suppl 1):36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943481/>
29. Laza Vásquez C, Acuña Pulido G, Castiblanco RA. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. *Enfermería y perspectiva de género*. *Enfermería global*. 2014;13(2):481-492. Disponible en: <https://goo.gl/aHG2KC>
30. Noguera Ortiz N, Muñoz de Rodríguez L. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. *Investigación en*

Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2014; 16(1): 27-48. Disponible en: <https://goo.gl/nDgSCu>

31. Lima de Souza N, Araujo PF, Clara Costa I. The meanings that postpartum women assign to gestational hypertension and premature birth. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1285-92. Disponible en: <https://goo.gl/dvRILt>

32. Black KD. Stress, symptoms, self-monitoring confidence, well-being, and social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. octubre de 2007;36(5):419-29. Disponible en: <https://goo.gl/SykKAd>

33. Vasconcelos De Azevedo D, De Araújo ACPF, Clara Costa IC. An analysis of the meanings of pre-eclampsia for pregnant and postpartum women and health professionals in Rio Grande do Norte, Brazil. *Midwifery*. 2011;27(6):e182-187. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20851509>

34. Laza Vásquez C, Acuña P, Paulina G. La vivencia de la preeclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. *Rev Univ Ind Santander Salud*. agosto de 2014;46(2):159-68. Disponible en: <https://goo.gl/oIbx14>

35. Torres Lagunas MA, Luna Victoria FM, Garcia Jiménez MA. Trastocamiento de la salud en la cotidianidad de las mujeres embarazadas con pre-eclampsia. *Enferm Univ*. diciembre de 2012;9(4):35-44. Disponible en: <https://goo.gl/4aT5qT>

36. Solar P, Alicia L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica*. diciembre de 2014;36(6):835-45. Disponible en: <https://goo.gl/O3gMXJ>

37. García M, García G, Arreguin L, Landeros E. Capacidades de autocuidado y percepción de salud en mujeres con y sin preeclampsia. *revista cultura del cuidado*. 2011; 8(2):8-15. Disponible en: <https://goo.gl/TEqRcS>

38. Lima de Souza N, Araujo PF, Clara Costa I. Social representations of mothers about gestational hypertension and premature birth. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):726-733. Disponible en: <https://goo.gl/8wSyrL>

39. Barrera-Cruz A, Mancilla-García ME, Román-Maeda SY, Rodríguez-Loreto E, Villaláz-Ureña A. Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente

con Preeclampsia/Eclampsia. Rev Enferm IMSS 2013; 21(2). Disponible en: <https://goo.gl/L4fh8g>

40. Raza Khowaja A et al. The feasibility of community level interventions for pre-eclampsia in South Asia and Sub-Saharan Africa: a mixed-methods design. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 1):56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943500/>

41. Cruz Barbosa I, Merencio Silva W, Gutierrez Cerqueira G, Ferreira Novo N, Almeida FA, Novo JL. Maternal and fetal outcome in women with hypertensive disorders of pregnancy: the impact of prenatal care. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. agosto de 2015;9(4):140-6. Disponible en: <https://goo.gl/jiViXL>

42. Liu CM, Chang SD, Cheng PJ. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2012;51(4):576-82. Disponible en: <https://goo.gl/9H9vzh>

43. Guimarães Ferreira MB, Freitas Silveira C, Riul da Silva S, Souza DJ, Ruiz MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev Esc Enferm U P*. 2016;50(2):324-34. Disponible en: <https://goo.gl/4IUHLD>

44. Carmona-Guirado AJ, Escaño-Cardona V, García-Cañedo FJ, Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta. *Enferm Intensiva*. 2015;26(1):32-6. Disponible en: <https://goo.gl/3d3zZu>

45. Herrera J, Herrera-Miranda R, Herrera-Escobar JP, Nieto-Díaz A. Reduction of maternal mortality due to preeclampsia in Colombia - an interrupted time-series analysis. *Colomb Médica*. 2014;45(1):25-31. Disponible en: <https://goo.gl/EnALK3>

46. Jiménez Nah NH, Rosales Cedillo RF. Proceso de enfermería a paciente con preeclampsia severa. *Desarrollo Científ Enferm*. 2007;15(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15/r15-410.php>

47. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Atención Primaria en el Embarazo y Puerperio. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de práctica clínica en el SNS. Disponible en: <https://goo.gl/sw2vHw>

48. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Embarazo, parto y puerperio.

Proceso Asistencial Integrado. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014. Disponible en: <https://goo.gl/bWExBj>

49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2013. Disponible en: <https://goo.gl/CxwvfN>

7. ANEXOS

Autores	Lugar y año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo
Akeju DO et al.	Nigeria 2016	Estudio cualitativo	Mujeres embarazadas, mujeres primigestas, maridos, matronas y líderes de la comunidad (N=323)	Identificar las percepciones comunitarias de la preeclampsia y la eclampsia en el Estado de Ogun, Nigeria
Barrera-Cruz A, Mancilla-García ME, Román-Maeda SY, Rodríguez-Loreto E, Villaláz-Ureña A	México 2013	Revisión bibliográfica	58 artículos	Recomendaciones para identificar factores de riesgo, signos y síntomas de alarma de preeclampsia/eclampsia durante la atención prenatal, parto y posparto
Black KD	Philadelphia 2007	Estudio cuantitativo correlacional	100 mujeres, diagnosticadas durante el embarazo con PE / hipertensión gestacional	Investigar las relaciones entre el estrés, la preeclampsia y los síntomas, el autocontrol, el bienestar y el apoyo social percibido con la progresión de la preeclampsia
Boene H et al.	Mozambique 2016	Estudio cualitativo	(N=156) Mujeres en edad reproductiva, maridos, profesionales sanitarios	Exponer los conocimientos, las actitudes y las creencias de la comunidad sobre la preeclampsia y la eclampsia en el sur de Mozambique

Carmona-Guirado AJ, Escaño-Cardona V, García-Cañedo FJ	Málaga 2014	Caso clínico	Mujer primigesta con preeclampsia grave	Valoración y planificación de cuidados de enfermería en una mujer con preeclampsia severa en la Unidad de Cuidados Intensivos
Cruz Barbosa I, Merencio Silva W, Gutierrez Cerqueira G, Ferreira Novo N, Almeida FA, Novo JL	Brasil 2015	Estudio cuantitativo retrospectivo de cohortes	Mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo (N=1501) Mujeres con preeclampsia (<i>n</i> = 579)	Evaluar el resultado fetal en cada trastorno hipertensivo del embarazo y el impacto de la atención prenatal en la madre y el feto
García M, García G, Arreguin L, Landeros E	México 2011	Estudio cuantitativo descriptivo comparativo	Mujeres embarazadas con y sin preeclampsia (N=96)	Analizar la influencia de la percepción del estado de salud, el nivel socioeconómico y la escolaridad, sobre las capacidades de autocuidado.
Guimarães Ferreira MB, Freitas Silveira C, Riul da Silva S, Souza DJ, Ruiz MT	Brasil 2016	Revisión bibliográfica	36 artículos	Cuidados de enfermería en mujeres con preeclampsia y/o eclampsia según la evidencia disponible.
Herrera J, Herrera-Miranda R, Herrera-Escobar JP, Nieto-Díaz A.	Colombia 2014	Estudio cuantitativo	Mujeres de Colombia	Análisis de la mortalidad materna por preeclampsia en Colombia tras la introducción de un Modelo biopsicosocial

Jiménez Nah NH, Rosales Cedillo RF	Celaya 2007	Caso clínico	Mujer con preeclampsia	Presentar un plan de cuidados de enfermería de la paciente con preeclampsia
Laza Vásquez C, Acuña Pulido G, Castiblanco RA	Bogotá 2014	Estudio cualitativo fenomenológico	Mujeres puérperas que presentaron PE severa (N=10)	Describir la percepción acerca de la preeclampsia severa y su causalidad
Laza Vásquez C, Acuña Pulido G	Bogotá 2014	Estudio cualitativo fenomenológico	Mujeres puérperas que presentaron PE severa (N=10)	Describir las experiencias de las mujeres con una gestación por preeclampsia severa
Lima de Souza N, Araujo PF, Clara Costa I	Brasil 2011	Estudio cualitativo descriptivo	70 mujeres con hipertensión gestacional	Conocer los significados de puérperas sobre los síndromes hipertensivos en la gestación y el parto prematuro.
Lima de Souza N, Araujo PF, Clara Costa I	Brasil, 2013	Estudio cualitativo descriptivo	70 mujeres hipertensión gestacional	Identificar los significados atribuidos por las madres de los trastornos hipertensivos del embarazo y sus consecuencias
Liu CM, Chang SD, Cheng PJ	Taiwán 2012	Estudio cuantitativo retrospectivo	Mujeres con preeclampsia (N=385)	Relación entre el cuidado prenatal y las complicaciones maternas de la preeclampsia
Noguera Ortiz N, Muñoz de Rodríguez L	Bogotá 2014	Estudio cualitativo	Mujeres hospitalizadas con diagnóstico de PE (N=8)	Descubrir los significados y las experiencias en un grupo de gestantes con preeclampsia

Raza Khowaja A et al.	Pakistán 2016	Estudio cualitativo	Mujeres en edad reproductiva y maridos (N=238)	Explorar la comprensión de la comunidad de la preeclampsia y la eclampsia
Raza Khowaja A et al.	Pakistán 2016	Estudio mixto		Describir los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de diversos grupos culturales
Torres Lagunas MA, Luna Victoria FM, Garcia Jiménez MA	México 2012	Estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio	Mujeres con diagnóstico de PE (N=16)	Describir y analizar la vida diaria de las mujeres que presentan preeclampsia de una comunidad del Estado de México
Vasconcelos De Azevedo D, De Araújo ACPF, Clara Costa IC.	Brasil 2011	Estudio mixto	Mujeres embarazadas (N=51) Mujeres postparto(N= 10)	Entender los significados de la preeclampsia para mujeres embarazadas y postparto y profesionales de la salud
Vega-Morales EG, Torres-Lagunas MA, Patiño-Vera V, Ventura-Ramos C, Vinalay-Carrillo I	México 2016	Estudio cualitativo	Mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia (N=16)	Analizar la experiencia de la vida diaria con preeclampsia, en un grupo de mujeres del Estado de México
Vidler M et al.	India 2016	Estudio cualitativo	Mujeres en edad reproductiva, maridos y líderes comunitarios (N=219)	Explorar la comprensión comunitaria de la preeclampsia y la eclampsia