

El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros

Autor: Paz Lorenzo, Tania (Graduada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid).

Público: Profesionales sanitarios. **Materia:** Enfermería materno-infantil. **Idioma:** Español.

Título: El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros.

Resumen

La siguiente revisión tiene como objetivo conocer los principales aspectos del manejo enfermero en el embarazo de alto riesgo, así como analizar los factores de riesgo precipitantes y sus posibles complicaciones. Los principales apartados donde la atención enfermera es indispensable y necesaria son: control prenatal, cuidados hospitalarios, apoyo psicológico y seguimiento tras el alta. Tras analizar las necesidades de las gestantes de alto riesgo, se hace evidente la necesidad de personal enfermero especializado. Por ello se propone, fomentar la investigación en el campo, definir los cuidados enfermeros específicos, unificar criterios asistenciales y ampliar la formación obstétrico-ginecológica.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo, cuidados enfermeros, factor de riesgo materno, pre-eclampsia- eclampsia, diabetes gestacional, edad maternal.

Title: HIGH-RISK PREGNANCY: the main nursing care.

Abstract

The following review aims to describe the main aspects of nursing care in high-risk pregnancy cases, as well as the analysis of the risk factors and the possible complications that could occur in such cases. The main areas in which nursing care is essential are: prenatal care, hospital management, psychological support and follow-up after hospital discharge. After analyzing the importance of high-risk pregnancy cases, the need for a specialized nursing staff becomes evident. Therefore, it's vital to increase research in this matter; to set specific nursing care service, to unify care criteria and promote obstetric-gynecological training.

Keywords: High-risk pregnancy, Maternal risk factors, maternal mortality, pregnancy outcomes, nursing care, maternal obesity, prematurity.

Recibido 2017-03-01; Aceptado 2017-03-07; Publicado 2017-04-25; Código PD: 082004

1. INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

Para comprender la importancia del embarazo de alto riesgo y establecer unas pautas asistenciales adecuadas, es necesario definir el concepto de alto riesgo obstétrico, establecer los factores de riesgo y las principales complicaciones que se pueden derivar.

1.1.1 Evolución histórica del embarazo

El embarazo es una etapa importante de la vida de la mujer, que constituye una serie de cambios tanto físicos como psicológicos y que implican mayor vulnerabilidad tanto para la madre como para el feto (1).

A lo largo de la historia, la importancia otorgada a la atención y prevención de complicaciones durante el embarazo ha variado. La tasa de mortalidad materna ha ido disminuyendo considerablemente en toda Europa debido a la mejora en la asistencia sanitaria y el estudio de las posibles complicaciones (2).

La morbimortalidad perinatal es un reflejo clave del estado de salud de una población y su nivel de desarrollo. Por ejemplo, la mortalidad materna es 15 veces mayor en países subdesarrollados como África subsahariana (2, 3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(4) la atención materno-infantil debe ser una prioridad en la atención sanitaria ya que las principales causas de morbimortalidad perinatal y materna se pueden prevenir. La ONU fijó reducir un

75% la mortalidad maternal global en 2015 (3) estableciendo que una atención especializada en el embarazo, es crucial y necesaria (3).

1.1.2 Concepto de embarazo de alto riesgo

Se denomina embarazo de alto riesgo aquel embarazo en el cual existe mayor probabilidad de presentar una evolución desfavorable en comparación a un embarazo normal (5) y, por lo tanto, existe o puede existir mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto, tanto para la madre como para el feto. La posibilidad de que aparezcan complicaciones depende de múltiples factores, denominados factores de riesgo obstétrico (6). Estos factores de diversa índole establecen el grado de necesidad de cuidados que la paciente precisa (5, 7). Así, una gestante de alto riesgo obstétrico precisa de una mayor implicación, vigilancia y aporte asistencial así como de unos cuidados más especializados (5, 7).

1.1.3 Clasificación de riesgo obstétrico

En el estudio de Donoso B (5) se trata el riesgo obstétrico o riesgo reproductivo perinatal como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que incluye tanto gestación, como parto o puerperio; que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido.

Este riesgo es resultado de la combinación de múltiples y diversos factores (5, 7,8), por lo que el concepto de riesgo es dinámico ya que puede variar a lo largo de la gestación (8).

Hay evidencias de que la frecuencia de eventos adversos es mucho mayor en las embarazadas catalogadas como alto riesgo lo que hace indispensable una buena valoración que identifique rápidamente las posibles complicaciones, y se desarrolle un plan de cuidados precoz que reduzca de las complicaciones potenciales (7-9).

Los métodos de clasificación de riesgo obstétrico son variables, aunque existen dos formas mayoritarias (6, 10):

- Clasificación por puntaje: se atribuye una determinada puntuación a cada factor o característica, de tal forma que según la puntuación final se determina el nivel de riesgo de la gestante. Por ejemplo, la escala de puntaje prenatal de Coopland o la escala propuesta por el instituto materno-perinatal de lima y por el Ministerio de Salud de Chile (11).
- Determinación por la presencia o no de ciertos factores de riesgo (10, 12): Este método de clasificación es el más utilizado en la actualidad y está recomendado por la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia (SEGO) (13). Según esta última clasificación se distribuyen a las gestantes en cuatro niveles: riesgo bajo o 0, Riesgo medio o 1, riesgo alto o 2 y riesgo muy alto o 3. De tal forma que las gestante de bajo o medio riesgo serán controladas por atención primaria (AP) siempre de forma individualizada; y las gestantes de alto y muy alto riesgo será derivadas a atención especializada.

1.1.4 Factores de riesgo en la gestación

Para analizar la causas que pueden provocar que un embarazo se catalogue como de riesgo, se deben analizar los factores de riesgo (FFRR) que lo precipitan (14):

1.1.4.1 Factores biológicos maternos

- Edad materna avanzada (EMA): Se considera un factor de riesgo cuando la gestante tiene una edad superior a los 35 años (14, 15). Diversos estudios han demostrado una mayor prevalencia de aborto espontáneo, malformaciones congénitas, diabetes gestacional y estados hipertensivos (EHE) (14-17). Además el porcentaje de partos pre-término es un 10% mayor siendo también mayor el número de partos instrumentalizados y cesáreas, y los bebés con bajo peso o macrosomía (16, 18).
- Embarazo en edad temprana: Se denomina embarazo adolescente a aquel que se produce entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, que se establece por la OMS entre los 10 y los 19 años (19, 20). El embarazo a una edad temprana aumenta la posibilidad de complicaciones biológicas tales como EHE, ruptura prematura de membranas (RPM), infecciones asociadas, parto prematuro, recién nacidos de bajo peso y anemia

materna; además de problemas de índole psicológica y social (14,19). Recientes investigaciones (19, 20) han determinado un aumento de la morbimortalidad materna y una mortalidad infantil de 2 a 3 veces mayor en embarazos a edad temprana, sobre todo en gestantes menores de 15 años.

- **Estado nutricional:** El estado nutricional materno, tanto por exceso como por defecto, es el FR más común en el embarazo (1, 21). En el caso de las gestantes con índice de masa corporal (IMC) menor de 20, el riesgo de que el bebé presente bajo peso al nacer se duplica (1,6). Mientras, en las gestantes con IMC mayor de 29, las complicaciones más habituales son: EHE (19,7%), diabetes gestacional (21,1%), macrosomía (38%), muerte fetal (1,4%) y aumento en el nº de cesáreas, la estancia en UCI (16,9%), además de defectos cardíacos y del tubo neuronal en el feto (1, 6, 21, 22). La prevalencia de obesidad materna está en aumento de manera global, en países desarrollados oscila entre un 1,8% y un 25,3 % lo que constituye un gran problema de salud pública que es necesario abordar (1, 21).
- **Estilo de vida y nivel socioeconómico bajo (b):** Los principales hábitos de vida perjudiciales en el embarazo es el consumo de alcohol, que aumenta la probabilidad de aborto o muerte fetal, defectos congénitos y trastornos fetales (SAF); y el hábito tabáquico, que aumenta el riesgo de parto prematuro y del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (14, 23).

1.1.4.2 Antecedentes médicos maternos

- **Enfermedad de base materna:** La presencia de enfermedades crónicas como Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM), enfermedades autoinmunes y enfermedades renales y metabólicas pueden provocar diferentes alteraciones (23, 24).
- **Antecedentes obstétricos:**
 - Síndrome de ovario poliquístico¹ (SOP): La presencia de SOP, además de dificultar la gestación provoca mayor tasa de parto prematuro, diabetes gestacional, aborto involuntario y pre-eclampsia (23).
 - Multiparidad o nuliparidad: Una mujer múltipara de más de 5 embarazos tiene mayor probabilidad de atonía uterina, contracciones inadecuadas durante el embarazo, hemorragia postparto, embolia de líquido amniótico y placenta previa (14).
 - Aborto previos de repetición: El riesgo de aborto involuntario aumenta un 35% en mujeres que hayan tenido 3 abortos previos (14).
 - Partos pre-término anteriores: La presencia de un parto pre-término aumenta la probabilidad de sufrirlo en siguientes embarazos (14).
 - Esterilidad en tratamiento de al menos 2 años: el tratamiento médico para aumentar las posibilidades de embarazo en situaciones de infertilidad aumenta las complicaciones placentarias y el sangrado vaginal (6, 14).

1.1.4.3 Factores asociados al embarazo actual

- **Gestación múltiple:** El embarazo múltiple aumenta la probabilidad de crecimiento intrauterino retardado que conduce generalmente a bajo peso y prematuridad en el recién nacido (66%) (25). Además conlleva mayor riesgo de anemia, diabetes e hipertensión gestacional para la madre. Todo ello sitúa la mortalidad fetal entre 5 y 10 veces superior al embarazo sencillo o individual, lo que determina que el embarazo múltiple debe ser tratado como embarazo de riesgo (25).

¹ Síndrome provocado por un desequilibrio hormonal que dificulta la liberación de óvulos maduros provocando quistes en los ovarios y cambios en el ciclo menstrual.

1.1.5 Complicaciones del embarazo.

Existen numerosas complicaciones que pueden presentarse en el embarazo de riesgo. Dentro de estas complicaciones destacan:

1.1.5.1 Estados hipertensivos del embarazo (EHE)

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) es una de las complicaciones del embarazo más graves que afecta por igual a países desarrollados como subdesarrollados y constituye una de las 4 primeras causas de morbilidad materna y fetal (6, 12, 26, 27).

Según la clasificación reconocida por la SEGO (6) se distingue 4 tipos de EHE:

- Hipertensión crónica: Es la HTA previa al embarazo, que suele debutar en la semana 20 y puede persistir después de las 12 semanas posparto.
- Hipertensión gestacional o transitoria: HTA sin proteinuria o con proteinuria en orina de 24h inferior a 300mg/l. Aparece después de la semana 20 de gestación y desaparece antes de las 12 semanas posparto.
- Hipertensión crónica con preeclampsia añadida: HTA preexistente que presenta proteinuria después de la semana 20.
- Preeclampsia-eclampsia: Aparece hipertensión y proteinuria después de la semana 20 y sin HTA previa (26).

Su etiopatogenia no se conoce exactamente, aunque se han propuesto dos grandes causas: la reducción de la perfusión placentaria y la presencia de alteraciones maternas preexistentes (6). La mortalidad materna debido a la preeclampsia es muy alta (1,5-2,9%) al igual que la mortalidad perinatal.

Uno de los desenlaces más letales de la preeclampsia es la aparición de eclampsia, un estado muy grave el cual se caracteriza por una hipertermia mayor a 38,4°C junto a una crisis convulsiva tónico-clónica que puede desencadenar un estado de coma materno (12).

Otra de las complicaciones graves de la preeclampsia es la aparición del Síndrome de HELLP. Se trata de un trastorno multisistémico que aparece en un 0,17-0,85% de las gestantes y que produce una afectación hepática que conlleva grave riesgo vital. Causa una mortalidad perinatal de hasta un 70% y materna de hasta un 24% (28).

1.1.5.2 Diabetes gestacional (DMG)

Se denomina diabetes gestacional a la diabetes que se diagnostica durante el embarazo (12, 29). Es una de las enfermedades más frecuentes, a pesar de demostrarse que un 5-10% de DMG es realmente DM2 preexistente (12, 29, 30). Afecta tanto a la evolución del embarazo como por ejemplo mayor probabilidad de polihidramnios, EVE y amenaza de parto prematuro; como al feto produciendo mayor índice de macrosomía, malformaciones e hipoglucemia neonatal (12, 17).

1.1.5.3 Rotura prematura de membranas (RPM)

La rotura prematura de membranas se produce cuando se rompen las membranas ovulares antes de las 37 semanas de gestación, provocando una comunicación de la cavidad amniótica con el exterior (12, 31). Su incidencia varía entre el 1,6% y el 21% provocando un 10% de muertes perinatales (31).

Las principales complicaciones que pueden derivarse de una RPM es la infección así como el parto prematuro que provoca distress respiratorio neonatal, hemorragia cervical y enterocolitis necrotizante (12, 31). Se asocia a la presencia de factores de riesgo tales como debilidad congénita de las membranas, infecciones subclínicas preexistentes, hábito tabáquico materno, etc. (12).

1.1.5.4 Hiperémesis gravídica (HG)

Es un síndrome presente mayoritariamente en el primer trimestre del embarazo que se caracteriza por la presencia de vómitos abundantes difíciles de controlar que provocan deshidratación, desnutrición y oliguria materna; sin una causa orgánica conocida (12). Se manifiesta en 1 de cada 1.000 gestantes y se atribuye a motivos psicoemocionales e intolerancia a la gestación (12).

1.1.5.5 Crecimiento intrauterino retardado (CIR)

Es el crecimiento fetal anormal en el cual se produce un desarrollo insuficiente del feto presentando un peso neonatal por debajo del percentil 10 (6, 12). Se determinan tres grandes causas: Causas fetales intrínsecas como infecciones y malformaciones fetales, causas maternas tales como hábitos tóxicos o enfermedades basales; y problemas placentarios como por ejemplo una implantación anómala de la placenta (6,12). No existe tratamiento eficaz, por lo que la monitorización fetal estricta es esencial (12).

1.1.5.6 Alteraciones placentarias

Las principales complicaciones placentarias son: desprendimiento prematuro de placenta, presencia de placenta previa y acretismo placentario. El desprendimiento de placenta se presenta en el 8% de las mujeres y provoca una gran morbilidad materna y fetal (32). La placenta increta consiste en la inserción anómala de las vellosidades coriales en el miometrio lo que constituye una de las principales causas de mortalidad ya que puede producir una hemorragia masiva (6, 32). En el caso de la placenta previa, ésta se inserta en el tramo inferior del útero, pudiendo llegar a tapar total o parcialmente el orificio del cuello del útero. Su incidencia actual es 1 de cada 200 gestaciones, y es responsable del 20% de hemorragias del tercer trimestre de embarazo (6).

1.1.5.7 Alteraciones del tiempo gestacional

En la presencia de amenaza de parto prematuro (APP) se produce un desencadenamiento biológico materno que puede derivar en parto entre la semana 23 y 36 de gestación (12). Motiva el 30% de los ingresos hospitalarios de las gestantes y su etiología es multifactorial, pero destacan las situaciones de estrés materno mantenido, las enfermedades maternas asociadas como HTA, DM e infecciones; y la patología del aparato genital como la incompetencia y longitud cervical (12, 33).

La gestación cronológicamente prolongada es aquella que rebasa las 42 semanas de gestación (12). Aparece en un 8-10% de las gestaciones produciendo un aumento de la morbilidad perinatal. El envejecimiento placentario produce un deterioro de la perfusión fetal y la consiguiente hipoxia. Además aparece macrosomía y el síndrome del recién nacido hipermaduro² (12).

1.1.5.8 Infecciones durante el embarazo: TORCH

Se denomina Síndrome de TORCH a una agrupación de infecciones como la toxoplasmosis (T), Rubéola (R), infección por citomegalovirus (C), herpes (H) y otras (O). Todas ellas pueden producir alta tasa de mortalidad fetal, así como malformaciones fetales y alteraciones del sistema nervioso, prematuridad y bajo peso al nacer (34).

Existen otras complicaciones como la enfermedad trofoblástica gestacional o el embarazo ectópico, que al no tener viabilidad en cuanto a la gestación se refiere, no se han considerado relevantes para la actual revisión.

1.2 JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN

El embarazo de riesgo constituye uno de los principales retos para la atención obstétrica, debido ya no solo a su prevalencia, que se estima en un 20%, sino a que son responsables del 80% de los resultados perinatales adversos (5,7). Es

² Síndrome que se manifiesta por alteraciones cutáneas, facies de alerta, uñas largas y piel seca y quebradiza, ausencia de lanugo, pelo abundante y alteraciones respiratorias; que aparece en determinados neonatos posttérmino.

evidente que una atención específica ante el embarazo de riesgo puede mejorar la incidencia de sus complicaciones y reducir las consecuencias de las mismas (7, 8).

En el estudio realizado por Guimarães Ximenes (7) se establece que “La gestación de alto riesgo, por ser caracterizada como responsabilidad de alta complejidad, exige del profesional enfermero conocimiento y competencia técnico-científica para desarrollar una asistencia de calidad, además de una cualificación constante debido a los cambios en las tecnologías utilizadas y protocolos normalizados[...].”

Todo ello ha motivado la realización de esta revisión narrativa con el fin de conocer la situación actual de la atención a las gestantes de riesgo, determinar las posibles complicaciones y establecer los cuidados enfermeros más adecuados.

1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO

- **Generales:** Conocer los cuidados enfermeros específicos que requiere la gestante de alto riesgo hospitalizada en una unidad especializada.
- **Específicos:**
 - Definir los factores de riesgo más importantes en el embarazo.
 - Revisar los criterios de clasificación de riesgo gestacional.
 - Determinar los signos de alarma y complicaciones más importantes que se pueden presentar en un embarazo de alto riesgo.
 - Identificar las necesidades y los problemas específicos que presenta la paciente obstétrica de alto riesgo hospitalizada.

Establecer los criterios de ingreso y alta hospitalaria en una unidad especializada.

2. DESARROLLO

2.1 MODALIDAD

El diseño metodológico seguido para llevar a cabo el trabajo ha sido la revisión narrativa, ya que se trata de la modalidad más adecuada para conseguir los objetivos que se persiguen.

Consiste en la recopilación, análisis crítico y resumen de toda la información disponible en la evidencia científica. De esta forma, se consigue conocer y estudiar a fondo el tema elegido, en este caso el embarazo de alto riesgo en el ámbito enfermero, actualizando la información y generando conocimiento a partir de las conclusiones obtenidas (35).

2.2 METODOLOGÍA

2.2.1 Estrategia de búsqueda

Se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica a través de bases de datos nacionales tales como IBECS, ENFISPO y CUIDEN, así como bases de datos internacionales como PubMed. En un principio se buscaron términos generales como “Embarazo”, “alto riesgo”, “cuidados enfermeros”, “factor de riesgo”. Una vez obtenidos los resultados deseados, se utilizaron términos más específicos tales como “pre-eclampsia- eclampsia”, “diabetes gestacional”, “edad maternal”, “visita preconcepcional”, etc.; para conseguir información más detallada y objetiva sobre cada una de las posibles causas de embarazo de alto riesgo.

En la base de datos internacional PubMed se llevó a cabo una búsqueda general en lenguaje libre con las siguientes palabras clave “High-risk pregnancy”, “Maternal risk factors”, “maternal mortality”, “pregnancy outcomes” y “nursing cares”. Tras esto, para ampliar la información de cada complicación y hacer un análisis más exhaustivo de las mismas, se utilizaron términos más específicos como “maternal obesity”, “prematurity”, “Diabetes” y otros términos asociados a las patologías más prevalentes.

2.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la búsqueda bibliográfica se incluyeron todo tipo de documentos, como son guías de práctica clínica, monografías, artículos de revista, etc. Se seleccionaron únicamente aquellos documentos escritos en inglés o castellano.

Como criterio de exclusión, en un principio se descartaron aquellos documentos con una antigüedad superior a 5 años, que posteriormente se amplió a 10 años debido al silencio documental obtenido. Finalmente se seleccionaron aquellos documentos que contenían información relevante para el trabajo de revisión.

2.2.3 Resultados de la búsqueda

Tras una primera búsqueda bibliográfica se obtuvo un exceso de ruido documental, por lo que, se combinaron los términos de búsqueda y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. A través de las búsquedas se identificaron 193 documentos, de los cuáles se eliminaron aquellos que no tenían relación con el objetivo del trabajo. Se seleccionaron 65 documentos que se consideraron relevantes para el trabajo. Finalmente y tras una breve revisión de los mismos, se obtuvieron 43 documentos para un análisis más exhaustivo.

2.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de los artículos seleccionados, los apartados de mayor relevancia en el manejo del embarazo de alto riesgo engloban: la visita preconcepcional y seguimiento prenatal, los cuidados enfermeros a la gestante de riesgo durante su estancia hospitalaria; y el alta hospitalaria y su posterior seguimiento.

2.3.1 Visita preconcepcional y seguimiento prenatal

El centro de atención primaria constituye la primera línea de captación de mujeres embarazadas o de forma preconcepcional (10).

El control preconcepcional ha demostrado ser más efectivo que de forma prenatal (5). Se lleva a cabo por personal enfermero con el objetivo de realizar una valoración integral de la futura gestante que permita aplicar unos cuidados adecuados durante toda la gestación y derivarla a niveles superiores de asistencia en caso necesario (5, 7).

2.3.1.1 Controles prenatales

Los controles prenatales varían en función del riesgo de la gestante, así en el caso de la gestante de alto o muy alto riesgo, se deberá proceder a su derivación a atención especializada (5, 10).

- En la primera visita: se realizará la evaluación del riesgo obstétrico de la gestante mediante la exploración física y la determinación de los factores de riesgo. A su vez se realiza una atención sanitaria individual que engloba aspectos tales como la alimentación, el consumo de tóxicos, actividad física, incremento de peso, etc.; además de la utilización de suplementos como el ácido fólico para la prevención de los defectos del tubo neuronal. Esta visita se acompañará de exámenes médicos tales como analítica de sangre y orina completa, y ecografía (10).
- Durante el segundo trimestre de gestación: Se recomienda la realización de 2 o 3 controles siempre en atención especializada. Durante estos dos controles se realizará nuevamente una valoración del riesgo obstétrico. se medirá la altura uterina, perímetro abdominal, etc. En esta etapa se realizan las pruebas para el diagnóstico prenatal de defectos congénitos (10).
- En el tercer trimestre de gestación: la bibliografía consultada propone 2 o 3 controles; y a partir de la semana 36 controles semanales hasta el momento del parto (10). A lo largo de estos controles se realizará el despistaje de diabetes, profilaxis de la isoimmunización Rh y despistaje de infecciones maternas. Además se realizará una ecografía durante la semana 34 con la finalidad de valorar la inserción placentaria.

2.3.1.2 Criterios de hospitalización

La hospitalización de gestantes de riesgo en unidades especializadas, como la unidad de embarazo patológico o de Alta dependencia obstétrica (UAD) depende de muchos factores por lo que es difícil definir unos criterios específicos de

hospitalización (36). Las principales causas de hospitalización según su frecuencia fueron: Amenaza de parto pretérmino (22,3%), preeclampsia grave (14,8%), hipertensión gestacional (11,1%) y amenaza de aborto (11,1%) (8).

La complicaciones que habitualmente requieren ingreso hospitalario son:

Todas las gestantes que presenten signos de preeclampsia grave o eclampsia serán hospitalizadas. En el caso de la preeclampsia leve, el control puede llevarse a cabo de manera ambulatoria cada 7 días máximo (12, 37).

En pacientes que presenten diabetes gestacional, el ingreso hospitalario es preciso cuando existe amenaza de parto prematuro o RPM, sufrimiento fetal, HTA no controlada o preeclampsia, nefropatía o mal control glucémico con cetosis (38, 39).

En el caso de gestante con RPM, en todo caso deberá ser ingresada en régimen hospitalario para su valoración. Solo en el caso RPM estables en las que no se observe dinámica uterina o signos de inicio de parto, no infección y ecografía favorable podrá llevarse un control ambulatorio.

La hiperémesis gravídica grave en la que aparezca deshidratación, pérdida de peso y oliguria será motivo de ingreso (12).

Finalmente complicaciones tales como alteraciones del tiempo gestacional por exceso, infecciones y presencia de CIR, la hospitalización de la gestante no es siempre necesaria por lo que se debe individualizar la necesidad en cada caso y seguir un control estricto.

2.3.2 Manejo enfermero de las gestantes hospitalizadas

La gestantes hospitalizadas en las unidades de alto riesgo necesitan una vigilancia estricta y unos cuidados específicos que el profesional de enfermería debe conocer y manejar (38).

2.3.2.1 Cuidados enfermeros físicos

En cuanto a los cuidados físicos, existen determinadas acciones enfermeras comunes para todas las gestantes como es: Control de constantes vitales, identificación y compensación de necesidades básicas alteradas, canalización de vía venosa periférica en caso necesario, administración del tratamiento farmacológico y registro de actividades realizadas (12, 38).

A su vez, se deberán aplicar unos cuidados más específicos en función de la patología o complicación que la gestante presente y que ha precipitado su ingreso hospitalario (12).

Así en pacientes con hiperémesis gravídica se deberá mantener ayunas las primeras 48h, a partir de las cuales se aumentará la ingesta gradualmente según tolerancia, asegurando en todo momento un buen balance hidroelectrolítico (38). La intervención más significativa es “el manejo del vómito” que incluye actividades como: valoración del aspecto del vómito y su duración y frecuencia, mantener la vía respiratoria permeable previniendo la aspiración, proporcionar alivio durante y después del vómito, disminuir los factores emetizantes y desarrollar el uso de técnicas no farmacológicas para el control del vómito, realizar peso diario y fomentar el descanso (12,38).

En el caso de pacientes hospitalizadas por trastornos hipertensivos se deberá mantener a la paciente en reposo en decúbito lateral izquierdo, el control de constantes debe ser cada 4 horas y se debe llevar a cabo un balance hídrico estricto y peso diario. Administración de tratamiento según orden médica, control de edemas y control diario de la proteinuria mediante tira reactiva (12). Si aparece eclampsia, se debe realizar acciones para mantener la vía aérea permeable, como la aspiración de secreciones; y evitar lesiones si la paciente convulsiona. Además se realizarán actividades para el manejo de la hipertermia, como instauración de medidas físicas (12).

Los cuidados enfermeros en la diabetes gestacional se basan en el control metabólico mediante la dieta, actividad, control de peso, talla y glucemia. (12,39).

En presencia de rotura prematura de membranas o amenaza de parto prematuro, el profesional de enfermería comprobará la edad gestacional y valorará la dinámica uterina y el estado fetal. Debe establecerse reposo absoluto y control de ingesta. Es importante el control de las pérdidas hemáticas y de líquido amniótico (cantidad, color y olor), así como la prevención y reconocimiento de signos de infección y otras complicaciones asociadas a la RPM (12).

En pacientes con alteraciones placentarias sin o con escaso sangrado, se mantendrá reposo relativo y toma de constantes por turno. Además de mantener una vía periférica permeable. En caso de metrorragia, se mantendrá a la paciente en ayunas y reposo absoluto.

A pesar de establecerse unos cuidados generales, se debe siempre individualizar los cuidados, atendiendo a las necesidades específicas de cada paciente y proporcionando una asistencia sanitaria integral (9).

2.3.2.2 Apoyo psicológico

El embarazo constituye una etapa de cambios que requieren una gran adaptación y madurez emocional de la gestante (1). El principal rasgo es la ansiedad materna, que aumenta conforme lo hace el riesgo gestacional y en situaciones de hospitalización (9, 40). Existen estudios (9, 40) que afirman que la ansiedad materna puede provocar efectos negativos sobre la gestación y el desarrollo del bebé. El personal de enfermería disfruta de una posición privilegiada, ya que es el profesional que tiene mayor contacto con la paciente y puede proporcionar unos cuidados más amplios y globales (9).

Para proporcionar apoyo emocional y psicológico, es necesario (41):

- Proporcionar un ambiente íntimo y apropiado que facilite la comunicación.
- Asegurar la confidencialidad, y mostrarse tranquilo, controlando el lenguaje no verbal y demostrando empatía.
- Escuchar activamente las inquietudes y sentimientos de la gestante y su familia, respondiendo con claridad a las preguntas que puedan presentarse.
- Cubrir la necesidad de información, explicando la situación actual y las medidas terapéuticas que se van a adoptar, disminuye en gran medida la ansiedad ante el desconocimiento.

2.3.3 El alta hospitalaria

Los motivos por los que se decide que una paciente con gestación de alto riesgo puede tener un seguimiento ambulatorio son diversos y dependen de la situación individual que presente.

2.3.3.1 Criterios de alta hospitalaria

En la evidencia encontrada no existe una clasificación específica donde se establezcan los criterios de alta, sino que se atiende a la evolución de la situación individual de cada gestante.

En el caso de gestantes con EHE, se recomienda el manejo intrahospitalario hasta finalizar la gestación. Solo en algunos casos muy específicos en los que las cifras de tensión arterial sean estables por debajo de 159/109 mmHg, se podrá dar el alta hospitalaria a la paciente (37).

Las pacientes que hayan sufrido una ruptura prematura de membranas, serán dadas de alta para su manejo domiciliario una vez que hayan sido valoradas en régimen hospitalario durante 72 h, y no presenten signos de infección ni dinámica uterina (42).

De forma general, el alta hospitalaria a la gestante de riesgo se produce cuando los signos y síntomas de severidad han disminuido y la paciente se encuentra estable, lo que hace posible un control ambulatorio sin aumentar el riesgo de la gestante y el feto (39). Por ejemplo, una paciente con diabetes gestacional que tras su ingreso y la instauración del tratamiento presente un correcto control metabólico, o el cese de vómitos en la hiperémesis gravídica que permita la reposición de líquidos y la estabilización de la gestante. (12, 39).

En determinadas ocasiones, por ejemplo en RPM después de las 34 semanas de gestación o en preeclampsia grave no controlada y eclampsia, el procedimiento a seguir consiste en la inducción al parto, previa maduración pulmonar fetal (37, 42, 43).

En púerperas con DMG, se suspenderá el tratamiento y el personal de enfermería realizará controles glucémicos para confirmar la situación metabólica en el postparto inmediato (39).

En el puerperio de mujeres con EHE, el alta hospitalaria se realizará siempre que la tensión arterial (TA) sea menor de 150/100 mmHg después del 3º o 4º día posparto, ya que el riesgo de complicaciones a posteriori disminuye (37).

2.3.3.2 Seguimiento enfermero de la paciente obstétrica de riesgo tras el alta hospitalaria.

El alta hospitalaria en gestantes de riesgo, puede llevarse a cabo durante la gestación o tras el parto. Si se produce durante la gestación, es imprescindible un buen control ambulatorio por parte del profesional de enfermería. Este control variará dependiendo de la patología presente en la gestante: en pacientes con rotura prematura de membranas se llevará a cabo un control semanal, que incluya control de temperatura cada 6h, analítica de sangre 2 veces a la semana y ecografía semanal (42, 43).

En pacientes con preeclampsia leve, deben establecerse controles sucesivos con un intervalo de menos de 1 semana en los cuales se realizará toma de TA y control de proteinuria (37). Es imprescindible que el personal enfermero informe a la paciente sobre los signos de alarma por los cuáles debe acudir a urgencias, y asegurarse de que la gestante será capaz de reconocerlos: cefalea, trastornos visuales, náuseas, vómitos y dolor epigástrico (37).

Para el resto de complicaciones será necesario reevaluar periódicamente a la paciente y cerciorarse de que no existe empeoramiento clínico. El manejo de púerperas que hayan tenido alguna complicación durante el embarazo es similar al manejo postparto del resto de mujeres (39). En mujeres hipertensas deben ser evaluadas mínimo cada 7-15 días durante las 12 primeras semanas postparto. Tras estas 12 semanas, si la hipertensión se mantiene se diagnosticará HTA crónica, en cambio si remite se deberá realizar un control anual (37).

En mujeres con DMG, los controles puerperales serán los habituales. Tras 6-8 semanas posparto y/o tras finalizar la lactancia se realizará el despistaje de diabetes.

2.3.3.3 Educación sanitaria

Es imprescindible realizar una educación sanitaria adecuada, que incluya recomendaciones generales y específicas a su situación. Debe realizarse por el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria de las gestantes y/o durante los controles ambulatorios (13).

Como recomendaciones generales se tratará: alimentación y nutrición, consumo de tóxicos durante el embarazo, higiene y vestuario, sexualidad, ejercicio físico, actividad laboral y uso de fármacos (13). A su vez, las recomendaciones generales en el puerperio, incluirán lactancia materna, cuidados al neonato, planificación familiar, etc. Al tratarse de gestantes de alto riesgo, es necesario que tengan información sobre las posibles complicaciones, su situación y problemática actual, los factores de riesgo y el manejo domiciliario que debe seguir.

Es importante que reconozcan los siguientes signos de alarma (10): “Vómitos repetidos o intensos, desmayos o mareos, orina escasa o molestias al orinar, dolor abdominal, calambres o contracciones, dolor de cabeza intenso o permanente, secreción acuosa vaginal, hemorragia vaginal, hinchazón o dolor en zona varicosa y ausencia o disminución drástica de los movimientos fetales”

3. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Tras la revisión de la literatura existente acerca del embarazo de alto riesgo, finalmente se establecen las siguientes propuestas y conclusiones:

1. La incidencia del embarazo de alto riesgo y sus posibles complicaciones es alta debido a que los factores precipitantes que lo motivan están aumentando su prevalencia en la sociedad actual. Es por ello, que debe tratarse como un tema de gran importancia sanitaria, por lo que se propone un aumento de la formación específica a los profesionales enfermeros y una mayor capacitación de los mismos.
2. Tras la revisión bibliográfica se ha observado que las principales complicaciones en el embarazo y parto se pueden prevenir (4). Además existen pocas publicaciones realizadas en España en contraposición con otros países como Cuba o Colombia. Por lo que se considera indispensable fomentar la investigación clínica española en la materia y aumentar el conocimiento sobre dichas complicaciones con el fin de prevenirlas y tratarlas de forma adecuada.
3. Diferentes autores destacan la importancia de que todos los profesionales sanitarios, en especial el personal enfermero, deben conocer y detectar los diferentes factores de riesgo con el fin de determinar el grado de riesgo de la gestación de forma precoz. De esta forma se podrán llevar a cabo acciones preventivas y derivar a la paciente a niveles superiores de asistencia en caso necesario.

4. La reevaluación del riesgo gestacional y el manejo de las diferentes complicaciones que se pueden presentar es fundamental para adecuar los cuidados a las necesidades de la gestante a lo largo de la evolución del embarazo.
5. Durante la estancia hospitalaria, el personal de enfermería constituye un papel fundamental en la atención a la gestante. Es el profesional más cercano y con mayor oportunidades de interacción con la paciente. Los cuidados enfermeros engloban tanto aspectos físicos como apoyo psicológico, educación sanitaria y recomendaciones al alta, por lo que proporcionan una atención sanitaria integral tratando a la gestante como ser biopsicosocial.

Bibliografía

- (1) Bogaerts A, Devlieger R, Van den Bergh BR, Witters I. Obesity and pregnancy, an epidemiological and intervention study from a psychosocial perspective. *Facts Views Vis Obgyn* [Revista en internet] 2014 [Acceso el 4 de Enero de 2017];6(2):[81-95]. Citado en PubMed PMID 25009731. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086020/>
- (2) Rada Fernández de Jáuregui D, Coteró Lavín A, Centeno Monterubio C, Valls i Soler A. Evolución de la mortalidad neonatal y perinatal en los hospitales del Grupo de Estudios Neonatales Vasco-Navarro (GEN-VN) en el periodo 2000-2006. *An Pediatr (Barc)* [Revista en línea] 2009 [Acceso el 22 de Enero de 2017];70(2):[143-50]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/evolucion-mortalidad-neonatal-perinatal-los/articulo/S1695403308000131/>
- (3) Imanak Sagynbekovk, KI. Maternal mortality and its correlates: practical implications of data analysis across multiple countries. *J Obstet Gynaecol Can.* [Revista en internet] 2013 [Acceso el 4 de enero de 2017];35(7):[612-9]. Citado en PubMed PMID 23876638. Disponible en: http://www.jogc.com/abstracts/full/201307_WomensHealth_1.pdf
- (4) Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal [internet]. Ginebra-Suiza:OMS-Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo; 2010 [Acceso el 29 de Diciembre de 2016]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf
- (5) Donoso Bernales B, Oyarzún Ebensperger E. Embarazo de alto riesgo. *Medwave* [Revista en internet] 2012 [Acceso el 29 de Diciembre de 2016];12(5). DOI 10.5867/medwave.2012.05.5429 Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429?ver=sindiseno>
- (6) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo [Monografía en internet] Madrid; 2008 [Acceso el 20 de Noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.aeemt.com/contenidos_socios/Enlaces/Normativa/Medicina_del_Trabajo/Riesgos_embarazo.pdf
- (7) Guimarães Ximenes FR, Rodrigues de Lima P, Luzia Leite J, Weaver Noronha R. Cuidados a la gestante de riesgo: organización del trabajo del enfermero en el territorio de la Estrategia Salud de la familia. *Enferm Comun* [Revista en internet] 2013 [Acceso el 15 de Noviembre de 2016];9(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v9n1/ec8026e.php>
- (8) Vélez JE, Herrera LE, Arango F, Herrera AL, Peña JA. Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, SES Hospital de Caldas, 2009-2011. *Hacia promoc. Salud* [Revista en internet] 2013 [Acceso el 4 de enero de 2015];18(2):[27-40] Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista18%282%29_3.pdf
- (9) Lafaurie MM, Castañeda KV, Castro DM, Laverde SM, Balaguera LY, López CM et al. Vivencias de gestantes con embarazo de riesgo. *Rev Colom Enferm* [Revista en internet] 2011 [Acceso el 20 de Noviembre de 2016];6(6):[15-26] Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/vivencias_gestantes.pdf
- (10) Ación Álvarez P, Díaz-Caneja C, Ferrer Ripoll V, De la Fuente Vinuesa JC, González Santana A, Gresa G de los Ríos M et al. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana [Internet] Comunitat Valenciana: Consellería de Sanitat; 2002 [Acceso el 4 de Enero de 2017] Disponible en: <http://www.matronas-cv.org/categorias-principales/documentos/profesionales/i/473/65/control-basico-del-embarazo-en-la-comunidad-valenciana-manual-para-profesionales>
- (11) Mascaró Sánchez P, Portella Mendoza J, Acosta Chávez M, Rodríguez Sánchez C, Larrabure Torrealva G, Hinojosa Pérez R. Manual embarazo de Alto Riesgo: Atención Integral y Especializada [Internet] Lima: Instituto materno perinatal-Maternidad de Lima; 2000 [20 de Enero de 2017] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/293_imp9.pdf
- (12) García García A, Martínez de la Riva y de la Gándara AM, Gratacós Solsona E. Embarazo de riesgo. En: García Rojas R, coordinador. *Enfermería de la Mujer. 2ªed.* España: Difusión avances de Enfermería DAE; 2009 p. 120-141.
- (13) González Candelas R, Cháfer Climent MF, Gas Marqués RM, Monleón Alegre J, Barona Vilar C, Plá Ernst E et al. Embarazo: captación, valoración y seguimiento del embarazo normal. Conducta a seguir en situaciones patológicas durante la gestación

[Internet] Comunitat Valenciana: Conselleria de Sanitat [Acceso el 30 de Enero de 2017]
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap016embarazo.pdf>

(14) Beers MH, Bogin RM, Bondy PK, Dilts PV, Drossman DA, Faling LJ et al. Manual Meck. 11ªed. España: Elsevier;2007.

(15) Betancourt Gamboa K, Ramírez Milán O, Arrieta García R, Guerra Menéndez J, Muñoz Rodríguez M. Aspectos epidemiológicos asociados a alteraciones del desarrollo en embarazadas añosas. AMC [Revista en internet] 2010 [Acceso el 20 de Enero de 2017];14(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

(16) García González S, Mejías Paneque MC, Duarte González L. Efectos obstétricos-fetales de la edad materna en primerizas. Doc Enferm [Revista en internet] 2011 [Acceso el 20 de Enero de 2017]; (44): [14-6]. Disponible en: http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/DOEAZZ/viewsize/Huelva_N%C2%BA_44.pdf

(17) Lamminpää R, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Selander T, Heinonen S. Pregnancy outcomes in women aged 35 years or older with gestational diabetes-a registry-based study in Finland. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014 Dec:1-5. Citado en PubMed PMID:25385268

(18) Cortes Castell E, Rizo-Baeza MM, Aguilar Cordero MJ, Rizo-Baeza J, Gil Guillén V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean área. Nutr Hosp [Revista en internet] 2013 [Acceso el 22 de Enero de 2017];28(5):[1536-40] Citado en PubMed PMID:24160212 Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6500.pdf>

(19) Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrebra I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Revista en internet] 2012 [Acceso el 19 de Enero de 2017]; 38 (3): [333-42] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm

(20) Valdés Dacal S, Essiean J, Bardales J, Saavedra MD, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Revista en internet] 2002 [Acceso el 19 de Enero de 2017]; 28 (2):[84-8]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n2/gin04202.pdf>

(21) Crane JMG, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. Maternal and perinatal outcomes of extreme obesity in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can [Revista en internet] 2013 [Acceso el 19 de Enero de 2017]; 35(7): [606-11] Citado en PubMed PMID: 23876637 Disponible en: http://www.jogc.com/abstracts/full/201307_Obstetrics_2.pdf

(22) Athukoraia, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. BMC Pregnancy Childbirth [Revista en internet] 2010 [Acceso el 20 de Enero de 2017]; 10(56). Citado en PubMed PMID: 20849609 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2949787/>

(23) National Institute of Child Health and Human Development [sede web] USA: NIH National Institute of Health;2013 [Revisada el 17 de Junio de 2013; acceso el 8 de enero de 2017]. What are the factors that put a pregnancy at risk? [2 pantallas] Disponible en: <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/pages/factors.aspx>

(24) Catalano PM, McIntyre HD, Cruickshank JK, McCance DR, Dyer AR, Metzger BE et al. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes study. Diabetes Care [Revista en internet] 2012 [Acceso el 10 de Enero de 2017];35(4):[780-6] Citado en PubMed PMID:22357187 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308300/>

(25) Lorenzo Herrera L, Martínez Barreiro LA. El embarazo múltiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? Poblac Salud Mesoam [Revista en internet] 2009 [Acceso el 8 de Enero de 2017];6(2). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2888200>

(26) Ruano Rodríguez Y, Escudero Gomis A, Adanez JG. Protocolo Estados Hipertensivos del embarazo [Internet] Asturias: Servicio de ginecología y Obstetricia del HUCA;2011 [Acceso el 8 de Enero de 2017] Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/htembarazo.pdf>

(27) Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev Per Ginecol Obstet [Revista en internet] 2014 [Acceso el 25 de Enero de 2017]; 60(4) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a07v60n4.pdf>

(28) Mihiu D, Costin N, Mihiu CM, Seicean A, Ciorte R. HELLP syndrome - a multisystemic disorder. J Gastrointestin Liver Dis. [Revista en internet] 2007 [Acceso el 25 de Enero de 2017]; 16(4):[419-24] Citado en PubMed PMID 18193124. Disponible en: <http://www.jgld.ro/2007/4/10.html>

(29) Al-Azemi N, Diejomaoh MF, Angelaki E, Mohammed AT. Clinical presentation and management of diabetes mellitus in pregnancy. Int J Womens Health. [Revista en internet] 2013 [Acceso el 22 de Enero de 2017]; 6:[1-6] Citado en PubMed PMID 24376363. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864994/>

(30) Brown A, Lee IL, Connors C, Oats J, McIntyre HD. Pregnancy And Neonatal Diabetes Outcomes in Remote Australia (PANDORA) Study. BCM Pregnancy Childbirth [Revista en internet] 2013[Acceso el 18 de Enero de 2017];13(221). Citado en PubMed PMID 24289168. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219456/pdf/1471-2393-13-221.pdf>

(31) Sánchez Ramírez N, Nodarse Rodríguez A, Sanabria Arias AM, Octúzar Chirino A, Couret Cabrera MP, Díaz Garrido D. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol

[Revista en internet] 2013 [Acceso el 22 de Enero de 2017];39(4):[343-53] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400004

(32) Walker MG, Windrim C, Ellul KN, Kingdom JC. Web-based education for placental complications of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* [Revista en internet]2013[Acceso el 22 de Enero de 2017];35(4):[334-9] Citado en PubMed PMID: 23660041 Disponible en: http://www.jogc.com/abstracts/full/201304_Obstetrics_5.pdf

(33) Owen J, Szychowski JM, Hankins G, Iams JD, Sheffield JS, Pérez-Delboy A et al. Does Mid-trimester Cervical Length \geq 25 mm Predict Preterm Birth in High-Risk Women? *Am J Obstet Gynecol* [Revista en internet] 2010 [Acceso el 20 de Enero de 2017];203(4):[393.e1-393.e5] Citado en PubMed PMID: 20708169 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947582/pdf/nihms217817.pdf>

(34) Salvia MD, Álvarez E, Bosch J, Goncé A. Infecciones congénitas [Internet] Barcelona: Hospital Clínic-Asociación Española de Pediatría; 2008[Acceso el 8 de Enero de 2017] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_0.pdf

(35) Fortich Mesa N. Revisión sistemática o revisión narrativa. CSV [Revista en internet] 2013 [Acceso el 30 de octubre de 2016];5(1). Disponible en:<http://revistas.curnvirtual.edu.co/journals/index.php/cienciaysalud/article/view/372>

(36) Aristizábal JP, Gómez GA, Lopera JF, Orrego LV, Restrepo C, Monsalve G et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿Dónde debe realizarse su cuidado periparto? *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Revista en internet] 2005 [Acceso el 20 de Enero de 2017]; 56(2):[166-75] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a08.pdf>

(37) Arrieta E MD, Rojas JA MD, Girado S MD. Protocolo de manejo de preeclampsia y eclampsia [Internet] Colombia: Clínica de Maternidad Rafael Calvo; 2009 [Acceso el 20 de Enero de 2017] Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PREECLAMPسيا_ECLAMPسيا.pdf

(38) Pastrana Martínez JM, Endrino Lozano V, Fuentes Sánchez L, Díaz Romero EM, Molina Galindo S. Cuidados de enfermería en el embarazo patológico. Cuidados en el embarazo, parto y puerperio. 3ªed. Logos. p.337-82.

(39) Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes Mellitus y embarazo, guía asistencial [Internet] Madrid: G.E.D.E; 2005 [acceso el 20 de enero de 2017] Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/guia_diabetes.pdf

(40) García Rico MA, Martínez Rodríguez AJ, Ulla Díez SM, Martínez Real MS. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. *Prog Obstet Ginecol* [Revista en internet] 2010 [Acceso el 5 de Diciembre de 2016];53(7):[273-279] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-13153772-S300>

(41) Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos [internet]. Departamento salud reproductiva e investigaciones conexas; 2002 [Acceso el 15 de Enero de 2017]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf

(42) Adánez G, Escudero Gomis, Navarro López. Rotura prematura de membranas. [Internet] Asturias: Servicio de ginecología y Obstetricia del HUCA;2010 [Acceso el 8 de Enero de 2017] Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/Partos%201%20rotura membranas.pdf>

(43) Cobo T, Ferrero S, Pérez M, Palacio M. Protocolo: Rotura de membranas a término y pretérmino [Internet] Barcelona: Unidad de perinatología-Hospital Clínic Sant Joan de Déu;2015 [Acceso el 30 de Enero de 2017] Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf