

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1552>

Cuidados de atención de enfermería a pacientes con hipertensión gestacional

Nursing care for a patient with gestational hypertension

Rosa María Pogo Guamán

r.pogo@tbolivariano.edu.com

<https://orcid.org/0000-0001-7688-9030>

Instituto Superior Universitario Bolivariano

Loja – Ecuador

Artículo recibido: 06 de diciembre de 2023. Aceptado para publicación: 30 de diciembre de 2023.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El embarazo es un estado fisiológico natural que puede estar asociado con diversas patologías que pueden surgir durante su desarrollo. Una de las patologías es la hipertensión gestacional (HG), la cual, puede causar complicaciones tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, los cuidados de enfermería son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales en pacientes con HG. En este contexto, el objetivo de la investigación es describir los cuidados de atención de enfermería que se deben brindar a pacientes con HG, con el fin de prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales. Para lograr este objetivo, se utilizó una metodología cualitativa, realizando una revisión bibliográfica de estudios previamente validados en revistas científicas de alto rigor científico. Los resultados de la investigación resaltan la importancia de los cuidados de enfermería en las gestantes, resaltando el abordaje inmediato y la activación oportuna de la clave obstétrica azul, que permite al profesional de enfermería manejar adecuadamente la situación y salvaguardar la vida de la madre y el bebé. Además, se destaca el papel fundamental del tratamiento esencial y la educación sanitaria en el equipo interdisciplinario. Aunque la investigación relacionada con la HG es limitada, se determina que esta patología está asociada a factores de riesgo como la edad materna y la nuliparidad. Por lo tanto, se concluye que los cuidados de enfermería son vitales para pacientes con HG, debido a que contribuyen a prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales.

Palabras clave: hipertensión gestacional, prevención, tratamiento, cuidados de enfermería

Abstract

Pregnancy is a natural physiological state that may be associated with various pathologies that may arise during its development. One of the pathologies is gestational hypertension (GH), which can cause complications for both mother and baby. However, nursing care is essential to prevent complications and improve maternal and perinatal outcomes in patients with GH. In this context, the aim of the research is to describe the nursing care that should be provided to patients with HG in order to prevent complications and improve maternal and perinatal outcomes. To achieve this objective, a qualitative methodology was used, performing a literature review of previously validated studies in scientific journals of high scientific rigor. The results of the research highlight the importance of nursing care in pregnant women, emphasizing the immediate approach and timely activation of the blue obstetric key, which allows the nursing professional to adequately manage the situation and safeguard the life of

the mother and baby. In addition, the fundamental role of essential treatment and health education in the interdisciplinary team is highlighted. Although research related to HG is limited, it is determined that this pathology is associated with risk factors such as maternal age and nulliparity. Therefore, it is concluded that nursing care is vital for patients with HG, because it contributes to prevent complications and improve maternal and perinatal outcomes.

Keywords: gestational hypertension; prevention; treatment and nursing care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons 

Cómo citar: Pogo Guamán, R. M. (2023). Cuidados de atención de enfermería a pacientes con hipertensión gestacional. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(6), 1616 – 1631. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1552>

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico natural que puede estar ligada a una serie de patologías que pueden ocurrir en el transcurso, en el inicio y finalización del mismo, teniendo como pauta importante los controles de embarazo desde antes de su concepción, desarrollo y término del mismo. Existen diferentes factores predisponentes a que se incremente las gestantes con esta patología como son: hereditarios, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus antes del embarazo, edad de la gestante, paridad, obesidad, consumo de sustancias estupefacientes y hábitos perjudiciales que deterioran la calidad de vida de la gestante.

La hipertensión gestacional (HG) es una condición que se caracteriza por un aumento de la presión arterial durante el embarazo, constituye una de las complicaciones más comunes del embarazo, y según Stanford Medicine Children's Health (2023) afecta entre el 5 y el 8% de las mujeres embarazadas. Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son una de las principales causas de muerte materna y perinatal en todo el mundo. Se estima que la preeclampsia afecta del 2 al 8% de los embarazos a nivel mundial (ACOG-Clinical, 2020).

En América Latina la hipertensión afecta entre el 5 y 10% de los embarazos. Su prevalencia ha aumentado debido al incremento de enfermedades cardiovasculares y metabólicas en mujeres en edad fértil. Es la segunda causa de mortalidad materna después de la hemorragia; corresponde al 26% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe y al 16% en los países desarrollados. Asimismo, los trastornos hipertensivos se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro, fetos pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer. La hipertensión gestacional afecta entre el 5 y 10% de los embarazos. Su prevalencia ha ido en ascenso debido al aumento de enfermedades cardiometabólicas en mujeres en edad fértil. Es la segunda causa de mortalidad materna y un importante factor de morbilidad materna y fetal (Luna & Carolina, 2023).

En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo) (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016). En consecuencia, los cuidados de atención de enfermería a pacientes con HG, no solo se enfocan en realizar la administración de medicamentos sino también al cuidado directo, vigilancia, promoción, prevención y control del proceso salud-enfermedad; por lo tanto, son esenciales para prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales (Peralta, 2023).

Además, el rol del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con HG es destacado, debido a que brinda educación y apoyo a la paciente, ayudándole a comprender la importancia de seguir una dieta saludable, realizar actividad física apropiada y cumplir con las citas médicas regulares. El personal de enfermería también puede proporcionar información sobre los signos de alarma que indican la necesidad de buscar atención médica inmediata; así mismo, apoyo emocional y psicológico a la paciente, ya que la HG puede generar preocupación y ansiedad. Es fundamental que la paciente se sienta segura y respaldada durante todo el proceso.

La HG presenta desafíos significativos en el cuidado de enfermería durante el embarazo. En este sentido, el personal de enfermería puede desempeñar un rol clave en mejorar la salud y el bienestar de los pacientes, asegurando un embarazo seguro y exitoso. Por lo tanto, este trabajo de investigación tiene como objetivo describir los cuidados de atención de enfermería que se deben brindar a pacientes con HG, con el fin de prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales. Además, se formuló las preguntas de investigación: ¿Cuál es el rol que desempeña el personal de enfermería?; ¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a los pacientes con HG?; ¿Cuáles son las estrategias de cuidado específicas que el personal de enfermería puede implementar para controlar la presión arterial en pacientes con HG?

METODOLOGÍA

Para la realización de esta investigación se aplicó una metodología cualitativa de carácter descriptivo – documental para el desarrollo se sustentó las intervenciones de enfermería de manera oportuna en la actuación frente a la hipertensión gestacional, las guías estandarizadas de manejo de pacientes gestantes con hipertensión son una herramienta fundamental, para reducir los índices de mortalidad materna y neonatal.

El objetivo principal de la investigación fue describir los cuidados de atención de enfermería que se deben brindar a pacientes con HG con el fin de prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales. Para lograr este objetivo, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Identificación de la literatura científica relevante: Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas confiables para identificar estudios relacionados con los cuidados de enfermería en pacientes con HG.

Selección de los estudios: Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios pertinentes. Se priorizaron los estudios que abordaban los cuidados de enfermería específicos para la prevención de complicaciones y la mejora de los resultados maternos y perinatales en pacientes con HG.

Extracción de información: Se extrajo la información más relevante de los estudios seleccionados, incluyendo información sobre los cuidados asistenciales en las gestantes es de materia relevante el abordaje inmediato y la activación oportuna de la clave obstétrica azul, permite al profesional de enfermería el manejo oportuno y salvaguardar la vida del binomio madre-hijo. Además de información necesaria acerca de los pacientes con HG.

Análisis de la información: Se realizó un análisis detallado de los datos extraídos de los estudios seleccionados. Se identificaron los principales cuidados de enfermería recomendados y se evaluó su efectividad en la prevención de complicaciones y la mejora de los pacientes con HG.

Síntesis de los resultados: Se resumieron los hallazgos de los estudios seleccionados y se destacaron las principales recomendaciones de cuidados de enfermería para pacientes con HG.

Conclusiones: Se resumen los hallazgos más importantes del estudio de manera concisa y directa, proporcionando una visión general de los resultados del estudio.

Con esta metodología, se puede describir los cuidados de atención de enfermería que se deben brindar a los pacientes con HG, brindando una base sólida para la prevención de complicaciones y la mejora de los resultados maternos y perinatales. Sin embargo, se reconoce que la investigación relacionada con la HG es limitada, y se identificó la necesidad de futuros estudios para ampliar el conocimiento en este campo.

RESULTADOS

La actuación de manera oportuna constituye un factor protector, frente a trastornos hipertensivo durante la gestación. La Hipertensión gestacional se define como la aparición de hipertensión arterial después de las 20 semanas de embarazo, sin asociación de proteinuria, Por lo general, los datos ofrecidos se asocian con la preeclampsia como se conoce en todo el mundo, pero, hay una falta de esta información relativa a hipertensión gestacional, además la preeclampsia se estima de un 8%, constituyéndose, el tipo más frecuente de trastorno hipertensivo, mientras tanto, la prevalencia de la hipertensión gestacional es de 4.7%. Esto es similar a los hallazgos en otros países en desarrollo, lo

que indica que los esfuerzos en curso para prevenir de trastornos hipertensivos son necesarios (Romero et al., 2022).

La hipertensión gestacional hace referencia a la elevación de la presión arterial detectada por primera vez luego de las 20 semanas y que no presenta proteinuria ni los otros criterios diagnósticos de la preeclampsia. Cuando están presentes los últimos, debe considerarse preeclampsia. La hipertensión crónica o preexistente es aquella que antecede al embarazo o aparece antes de las 20 semanas de la gestación y persiste luego de 12 semanas del parto. La hipertensión crónica con preeclampsia sobreimpuesta es cuando una embarazada con hipertensión crónica empeora su hipertensión y tiene proteinuria o cualquiera de los signos y síntomas de disfunción de los órganos descritos para definir preeclampsia (Cuevas & Santa, 2021).

En cuanto a la alteración fisiológica de la tensión alta en el embarazo, se produce por la disfunción del flujo sanguíneo de las arterias uterinas que se encuentra irrigando a la placenta; lo cual conlleva a una disfuncionalidad uteroplacentaria, produciéndose la activación del mecanismo de origen endotelial predisponiendo una respuesta inflamatoria, una vasoconstricción y el incremento de la permeabilidad vascular, la cual trasciende en una hipoxia placentaria, afectando la hemodinámica sanguínea de la madre o el feto. Por tal motivo se debe tratar para reducir el riesgo de padecer una preeclampsia, pues como consecuencia provocaría convulsiones que conllevan a mayor daño de órganos blancos (Caicedo, 2021).

Con mucha frecuencia la hipertensión gestacional está asociada a la obesidad y se ve más elevada en edades avanzadas. El IMC > 25 kg/m² favorece la prevalencia de hipertensión en mujeres en edad reproductiva. Los trastornos hipertensivos tales como la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional (HTG) y la preeclampsia se presentan en aproximadamente el 6 al 8% de los embarazos siendo una fuente importante de morbilidad materna y fetal en todo el mundo, además esta patología constituye un factor importante que contribuye a las tasas excesivas de morbilidad perinatal con un incremento de las tasas de partos prematuros y una restricción del crecimiento fetal (Digournay et al., 2019).

La hipertensión arterial generalmente no presenta síntomas al principio. Sin embargo, con el tiempo, puede manifestarse con dolor en el cuadrante superior derecho, epigastrio, náuseas y vómitos debido a la necrosis hepatocelular. Otros síntomas pueden incluir cefalea, visión borrosa y escotomas debido al edema o los vasoespasmos en el cerebro o en la retina. Además, pueden presentar signos como proteinuria, trombocitopenia, niveles alterados de transaminasas y plaquetopenia. En el caso de la eclampsia, se pueden presentar convulsiones tónico-clónicas.

Las complicaciones de la Hipertensión Gestacional se encuentran el aumento del riesgo cardiovascular, aumenta la probabilidad de infartos al miocardio, arritmias auriculares, e incluso aumenta el riesgo de internamientos por insuficiencia, riesgo de accidente cerebrovascular puede aumentar hasta el 40% en pacientes con HTA en el embarazo. Las pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso de la HTA, aumentan de 2 a 3 veces la posibilidad de presentar una enfermedad mental (Salas et al., 2020).

Diagnóstico

Doppler de las arterias uterinas y pruebas de bienestar fetal se utilizan para evaluar la preeclampsia. Existen pruebas bioquímicas, como el factor de crecimiento placentario y la tirosina quinasa 1 soluble tipo fms, que tienen un valor predictivo para la preeclampsia, pero aún se están investigando para determinar su precisión. Se han identificado factores de riesgo moderados y altos para el desarrollo de preeclampsia. Los factores de riesgo moderados incluyen tener más de 40 años (o según ACOG, más de 35 años), un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 35 en la primera consulta (ACOG

considera un IMC mayor a 30), primer embarazo, embarazo múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia y un intervalo de más de 10 años entre embarazos. Los factores de riesgo alto para la preeclampsia incluyen antecedentes de hipertensión gestacional previa o hipertensión arterial crónica, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunitarias como el síndrome antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, diabetes mellitus tipo 1 y 2. El diagnóstico diferencial puede incluir púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome urémico hemolítico, esteatosis hepática (hígado graso agudo del embarazo), síndrome de Cushing y causas secundarias como feocromocitoma o medicamentos que afectan la presión arterial.

Presión Arterial sistólica 140 o Presión Arterial diastólica 90 mmHg por primera vez durante el embarazo.

Sin proteinuria

La Presión Arterial regresa a la normalidad antes de 12 semanas después del parto

Diagnóstico final sólo hasta después del parto Puede haber otros signos o síntomas de preeclampsia, como molestia epigástrica o

trombocitopenia (Salas et al., 2020)

Tabla 1

Clasificación de hipertensión en el embarazo

Hipertensión en el embarazo	
En mujeres embarazadas normales, la presión arterial tiende a disminuir durante la primera mitad del embarazo. La definición típica de hipertensión arterial (mayor a 140/90 mm Hg) no siempre puede aplicarse a mujeres embarazadas, ya que tensiones arteriales mayores a 125/75 mm Hg, antes de la tercera semana de gestación se asocian con un mayor riesgo para el feto. Es más importante considerar el porcentaje de aumento en la presión arterial que los valores absolutos. Durante el embarazo, se considera anormal un aumento de la presión arterial sistólica (TAS) mayor a 20 mm Hg o un aumento de la presión arterial diastólica (TAD) mayor a 10 mm Hg.	
PEE/ eclampsia o Hipertensión inducida por el embarazo	Se define como el inicio de hipertensión arterial con presencia de proteinuria y/o edema a las 20 semanas de gestación. Se diagnostica hipertensión arterial cuando la presión arterial excede en dos ocasiones separadas por al menos 6 horas los valores de 140/90 mm Hg, o hay un aumento de la TAS de al menos 30 mm Hg, o un aumento de la TAD de al menos 15 mmHg.
La PEE grave	Se define si se superan en dos ocasiones, separadas al menos de 6 horas una de otra, cifras de TA de 160/110 mm Hg, o cuando se asocia a una de estas situaciones: Proteinuria > 3 g/d, Oliguria (< 400 cc/d), Dolor epigástrico en cuadrante superior derecho, Edema pulmonar, Alteraciones visuales o neurológicas.
Eclampsia	Es aquella, que presenta convulsiones o surge el coma en una paciente con PEE.
Hipertensión crónica	Se caracteriza por tensiones arteriales mayores a 140/90 mm Hg antes del embarazo, o con esos mismos valores tomados en dos ocasiones diferentes antes de la semana 20 de gestación, o también se puede producir en la gestante, la hipertensión arterial de manera persistente después de la sexta semana del parto.
PEE superimpuesta a Hipertensión arterial crónica	Se define por el aumento de la TAS en más de 30 mm Hg, o más de 15 mm Hg en la TAD en dos ocasiones diferentes antes de la semana 20 de gestación, y la aparición de proteinuria y edema generalizado.
Hipertensión arterial transitoria o tardía	Es aquella que ocurre durante el puerperio sin que previamente haya habido preeclampsia; los valores de presión arterial vuelven a los niveles normales después del décimo día posparto.

Fuente: Principios de urgencias, Emergencias y cuidados críticos – Hipertensión gestacional (Del campo et al., 2023)

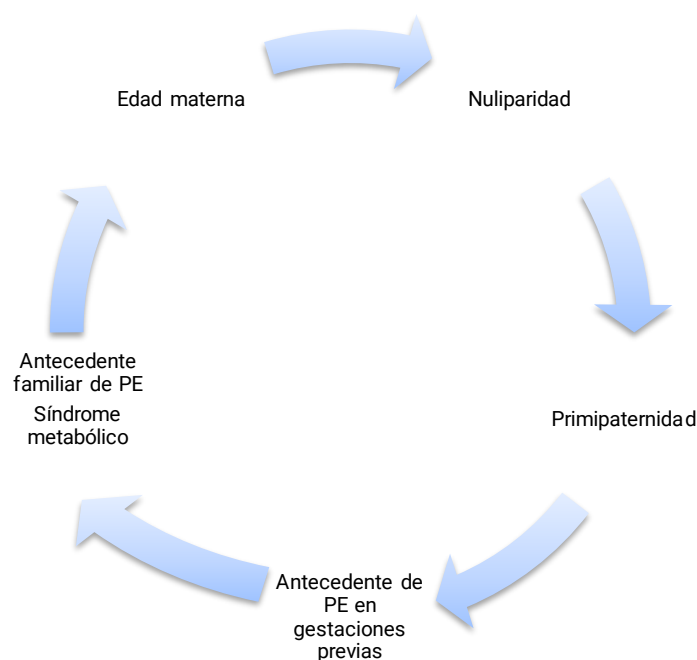
La hipertensión gestacional posee una clasificación de acuerdo a la tensión arterial que la paciente presente se clasifica de forma idónea, su clasificación va desde PEE/ eclampsia o Hipertensión inducida por el embarazo, la PEE grave, eclampsia, Hipertensión crónica, PEE superimpuesta a Hipertensión arterial crónica, Hipertensión arterial transitoria o tardía, cada una de estas afecciones está representada por la elevación de la presión arterial, la cual constituye un ingreso hospitalario emergente al servicio de emergencias y según su caso sea su ingreso y manejo hospitalario.

La hipertensión gestacional puede estar asociada a factores de riesgo, que pueden dar origen al apareamiento de esta patología, no existen muchos estudios referentes a esta situación clínica materna fetal, sin embargo, se asocia con el apareamiento está íntimamente ligada a factores como edad materna no existiendo edad dado que puede presentarse dentro de cualquier ciclo de la gestación, la nuliparidad para los autores (León et al., 2016) mencionan que es un es mucho más frecuente este tipo de complicaciones en las embarazadas con preeclampsia– eclampsia, aunque existe evidencia que dos tercios de los casos son más frecuentes en gestantes nulíparas sin que tenga otras complicaciones u otros factores de riesgo aparentes.

La primipaternidad, y el antecedente de PE en gestaciones previas o el antecedente familiar de PE, y antecedente familiar de Hipertensión Gestacional, presentes en la historia clínica, además de síndrome metabólico las pacientes primigestantes y quienes padecen alguno de los componentes del síndrome metabólico tienen mayor riesgo de desarrollar THAE (Mendoza et al., 2020)

Figura 1

Factores de riesgo etiológicos de presión arterial gestacional



Fuente: Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal (Mendoza et al., 2020), elaboración propia.

Tabla 2

Signos y síntomas de alarma en embarazadas

Signos y síntomas de alarma	
Tiene la tensión alta	Dolor de cabeza intenso, es decir, una cefalea que no remite con paracetamol.
Empieza a ver luces, destellos, tiene alteraciones visuales, visión borrosa, zumbidos en los oídos.	Sufre dolor en el epigastrio (epigastralgia).
Se producen náuseas y vómitos, como también dolor abdominal.	Insuficiencia respiratoria.
Edema (hinchazón), sobre todo en las manos y la cara	La subida de la tensión puede ser un signo de alerta, aunque no llegue a superar los 140/90 mm Hg.

Fuente: Señales de alerta para detectar la preeclampsia en el embarazo, (Sánchez, 2021)

En la tabla N 2, se muestran los signos y síntomas que puede presentar una gestante con presión arterial alta, y que demanda de cuidados específicos y de una actuación rápida y oportuna, el rol de la enfermera es indicar a la paciente gestante que si posee alguno de los siguientes signos y síntomas como: tensión arterial elevada fuera de sus rangos normales, empieza a ver luces, destellos, tiene alteraciones visuales, visión borrosa, zumbidos en los oídos, tiene náuseas y vómitos que acompañan al dolor abdominal, edema (hinchazón), sobre todo en las manos y la cara, dolor de cabeza intenso, es decir, una cefalea que no cede con analgesia como el paracetamol, sufre dolor en el epigastrio (epigastralgia), la paciente posee dificultad para respirar, su presión está en rangos igual o mayor a 140/90 mmHg.

Tratamiento

Tratamiento dietético

Restricción de sodio: durante el embarazo, se deben acumular aproximadamente 900 mEq de sodio, lo que equivale a unos 53 gramos de sal que pueden aumentar el volumen extracelular. Actualmente, la restricción de sodio no debe iniciarse durante el embarazo y no hay evidencia para determinar el comportamiento a seguir en pacientes que ya siguen una dieta baja en sodio en el momento del embarazo. Además, los estudios en animales han relacionado las dietas altas y bajas en sodio durante el embarazo con el desarrollo deficiente de los riñones. Un curso de acción apropiado es recomendar una dieta que sea menos estricta en cuanto a la reducción de la ingesta de sodio.

Evaluación antropométrica

Para evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas, primero se debe evaluar su composición corporal; de esta manera, es relevante tener presente lo siguiente:

- Peso e índice de masa corporal antes del embarazo
- Talla del paciente
- Ganancia de peso durante el embarazo
- Peso pregestacional: este cálculo se utiliza para evaluar si el aumento de peso durante el embarazo está dentro de un rango específico.

Ganancia de peso durante el embarazo: en el primer examen, se determinará el rango general de aumento de peso durante el embarazo en función de su IMC previo al embarazo. Este valor depende principalmente del estado nutricional de la madre en la primera evaluación prenatal (Vargas, 2022)

Tratamiento hospitalario

El ingreso hospitalario no es necesario para completar el estudio inicial y establecer el plan de tratamiento si el feto muestra signos de bienestar fetal adecuados y el paciente sigue correctamente los controles. Sin embargo, si el paciente presenta niveles de hipertensión severos, se recomienda su ingreso hospitalario para la monitorización materno-fetal y ajuste de la medicación.

Control antenatal

Autocontrol de la presión arterial: 2-3 veces por semana.

Visitas ambulatorias cada 1-2 semanas.

Análisis de control cada 2 semanas (o antes si hay cambios clínicos):

Se solicitarán pruebas como hemograma completo, función renal (creatinina, ácido úrico, sodio, potasio), función hepática (AST, ALT), LDH y ratio sFlt-1/PIGF. Si no hay trombocitopenia, no serán necesarios estudios de coagulación adicionales a los propios del control del embarazo.

Se medirá la proporción de proteína/creatinina en una muestra de orina fresca. Si el resultado es positivo antes de las 37 semanas de gestación, se requerirá confirmación con una prueba de proteinuria de 24 horas.

Se realizará una evaluación del bienestar fetal, incluyendo la valoración del crecimiento fetal, líquido amniótico y Doppler umbilical-fetal.

Medidas generales: Se proporcionará información sobre los síntomas prodrómicos de eclampsia y preeclampsia, y se recomendará que la paciente consulte a urgencias en caso de que aparezcan. Se recomendará restricción de la actividad de la gestante (reposo relativo y/o baja laboral) y una dieta normal (normocalórica, normosódica y normoproteica), a menos que exista alguna otra patología que lo contraindique.

El objetivo es mantener la presión arterial sistólica (TAS) entre 130-145 y la presión arterial diastólica (TAD) entre 80-95. Es necesario iniciar un tratamiento antihipertensivo en aquellos pacientes que presenten niveles de presión arterial superiores a este rango de manera sostenida. Se pueden utilizar diferentes medicamentos, cuya elección dependerá de la experiencia del médico y de la existencia de contraindicaciones.

Tabla 3

Tratamiento farmacológico vía oral

Nombre del fármaco	Posología	Dosis máxima	Otras precauciones
Labetalol	100-200mg/6-8h	2400mg/día	Asociado con bradicardia e hipoglucemia neonatal. En prematuros se aconseja alejar el máximo posible del nacimiento
Nifedipino (liberación prolongada)	20mg/12h 30-60mg/24h	60mg/día 120mg/día	No se pueden fraccionar los comprimidos. - Efectos secundarios: cefalea, rubor, taquicardia...
Nifedipino (liberación inmediata)	10mg/6-8h	120mg/día	Sólo recomendado en tratamiento de HTA severa para manejo agudo. Posteriormente cambio a formas de liberación prolongada o cambio de fármaco. - Efectos secundarios: cefalea, rubor, taquicardia

Hidralazina	50-100mg/8-12h	200mg/día	Efectos secundarios: cefalea, sofocos, palpitaciones
Alfa-metildopa	250mg/8-12h	2-3g/24h	- Aumenta el riesgo de depresión postparto. No se recomienda en el puerperio.

Fuente: Protocolo hipertensión y gestación (Torregrosa, 2012)

Como se muestra en la tabla N 2, los fármacos de elección en la tratamiento y manejo inicial de la presión arterial en pacientes con hipertensión gestacional, pueden ser administrados según prescripción médica según el criterio clínico del médico, los fármacos administrados pueden presentar en algunas pacientes efectos adversos y cuidados en la administración de los mismos, el fármaco Labetalol (1) que está asociado con bradicardia e hipoglucemia neonatal, en prematuros se aconseja alejar el máximo posible del nacimiento, Nifedipino liberación prolongada (2) no se pueden fraccionar los comprimidos, puede presentar efectos secundarios de los cuales se incluyen: cefalea, rubor, taquicardia, Nifedipino liberación inmediata (3) está sólo recomendado en tratamiento de HTA severa para manejo agudo. posteriormente cambio a formas de liberación prolongada o cambio de fármaco entre sus efectos secundarios se encuentran: cefalea, rubor, taquicardia, la administración de Hidralazina (4) puede traer consigo efectos secundarios como: cefalea, sofocos, palpitaciones, cabe destacarse que la actuación oportuna de la enfermera en el monitoreo y vigilancia de la farmacocinética en esta clase de pacientes es de gran relevancia, y la actuación oportuna frente a efectos adversos ocasionados por los mismos.

Tabla 4

Tratamiento farmacológico vía intravenoso

Nombre del fármaco	Posología	Dosis máxima	Otras precauciones
Labetalol	Perfusión continua. Inicio entre 50-100mg/6h. Si no control doblar cada 15min hasta dosis máxima de 600mg/6h.	2400mg/día	Con dosis >300mg/6h se aconseja asociar nifedipino antes que aumentar la perfusión de labetalol. - Asociado con bradicardia e hipoglucemia neonatal. En prematuros se aconseja alejar lo máximo posible del nacimiento.
Hidralazina	Perfusión continua 3- 7mg/h	200mg/día	Efectos secundarios: hipotensión materna y taquicardia materna y fetal
Nitroglicerina	5mcg/min y aumento gradual doblando la dosis cada 5min si precisa	100mcg/min	Es una buena opción en los casos de HTA asociada a edema pulmonar
Nitroprusiato sódico	0.25 mcg/kg/min aumentando la dosis 0.25mcg/kg/min cada 5min si precisa	10mcg/kg/min Máximo 4h	Último recurso para control urgente de la HTA severa y refractaria. El cual, se lo aplica, siempre y cuando hayan fracasado los otros tratamientos.

Fuente: Protocolo hipertensión y gestación (Torregrosa, 2012)

Como se puede apreciar en la tabla N 3, en el manejo farmacológico que se ejecuta en pacientes con diagnóstico de hipertensión gestacional, en el ámbito hospitalario, según el criterio médico, la

intervención de la enfermera constituye un pilar fundamental en el bienestar de la madre y el feto, el fármaco labetalol (1) con dosis >300mg/6h se aconseja asociar nifedipino antes que aumentar la perfusión de labetalol, sus efectos adversos que las pacientes presentan están asociados con bradicardia e hipoglucemia neonatal, en prematuros se aconseja alejar el máximo posible del nacimiento, la administra de Hidralazina (2) posee efectos secundarios: hipotensión materna y taquicardia materna y fetal, Nitroglicerina (3) Es una buena opción en los casos de HTA asociada a edema pulmonar, Nitroprusiato sódico (4) se considera un último recurso para control urgente de la HTA severa y refractaria, se encuentra sólo indicado si han fracasado los otros tratamientos.

Tabla 4

Intervenciones de enfermería, en el manejo adecuado de una paciente con hipertensión gestacional

Intervenciones de enfermería	
Reposo relativo	No se debe suspender el tratamiento, luego el parto, si no se recomienda disminuirlo de forma paulatina
Control periódico de la TA y del bienestar fetal	No suspender el tratamiento justo tras el parto sino disminuirlo de forma paulatina.
Dieta normocalórica, normoproteica y normosódica.	Objetivo: Disminuir las complicaciones propias de la hipertensión gestacional maternas y fetales mediante la aplicación de los cuidados enfermeros fetales mediante la aplicación de los cuidados enfermeros
Tratamiento farmacológico con labetalol, hidralazina y alfa-metildopa	
En los casos de más de 37 semanas se puede finalizar la gestación, si la edad gestacional es <34 semanas se madurarán los pulmones con corticoides.	

Fuente: cuidados de Enfermería en la Hipertensión Inducida por el embarazo (Torres, 2016).

Las intervenciones de enfermería en el cuidado directo, en pacientes con hipertensión gestacional, constituyen a la recuperación e inserción del binomio madre – hijo, entre las actividades más relevantes se encuentran: reposo relativo, control de presión arterial periódico y de bienestar fetal, Dieta normocalórica, normoproteica y normosódica, administración de tratamiento farmacológico labetalol, hidralazina y alfa-metildopa, al Finalizar la gestación, en los casos de más de 37 semanas. Si la edad gestacional es <34 semanas se madurarán los pulmones con corticoides.

La prevención de la hipertensión gestacional, es un eje fundamental en las intervenciones de enfermería en el cuidado directo asistencial, reposo dieta baja en sal, ingesta de calcio entre 1.5 a 2.0 g por día disminuye a la mitad la posibilidad de desarrollar preeclampsia, vitamina C, D, E, aunque no se han documentado sus beneficios en la relación con la pre-eclampsia, un control adecuado y la prevención de complicaciones como: eclampsia, accidentes cerebrovasculares en la madre y el feto, la educación sanitaria es una herramienta, la colaboración en equipo es importante para que la gestante se realice controles médicos (hemograma, coagulación, función renal, hepática y proteinuria, y en el feto la valoración mediante ecografía y Doppler, la administración de medicamentos antihipertensivos alfa-metildopa, hidralazina y labetalol, en pacientes que presentan una presión arterial mayor a 160/110 mmHg se busca asegurar la estabilidad de la madre y evitar que la misma desarrolle complicaciones (Soledispa, 2019).

El papel principal de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en el embarazo, es identificar a las mujeres con hipertensión de bata blanca, evitando de este modo una intervención inadecuada. MAPA es útil en la evaluación de la hipertensión temprana (antes de las 20 semanas de gestación). El establecimiento de los valores normales de presión arterial ha sido un desafío, principalmente debido a los cambios en la presión arterial durante el embarazo. Por lo tanto, es necesario definir los valores normales de presión arterial en el MAPA, durante las diferentes etapas del embarazo. En embarazadas, el MAPA se ha utilizado en las últimas dos décadas, con el objeto de establecer el diagnóstico preciso, pronóstico y manejo de la hipertensión en el embarazo. Una limitación que existe con la realización del MAPA en embarazadas es que existen muy pocos equipos de monitorización que hayan sido validados de acuerdo con los protocolos internacionales en embarazadas (Arano, 2018).

Dentro de las actividades de enfermería más relevantes en el campo sanitario se encuentran:

Valoración: Mediante la valoración de enfermera puede determinar con un criterio profesional el cuidado asistencial de su paciente, con acciones como: la toma de signos vitales, especialmente la interpretación con la presión arterial, evaluación de presencia de riesgos en el hogar como hábitos no saludables en la alimentación, obesidad, sobrepeso, actividad física deficiente, enfermedades crónico degenerativas presentes antes del periodo de gestación, a nivel emocional el manejo del estrés, además de la presencia de signos y síntomas de alarma como cefalea, dolor en el epigastrio, visión borrosa, PA alta, edema en miembros inferiores, sobre peso.

Educación sanitaria: La educación sanitaria constituye un factor protector para la paciente gestante en la alimentación, controles del binomio madre – producto gestante, autocuidado del paciente, vestimenta, signos y síntomas de alarma, explicación de cómo se usa un dispositivo digital para toma de PA y que registre sus valores, así mismo la importancia de realizar ejercicios de profilaxis del parto, y la importancia de acudir al centro de salud más cercano en caso de emergencia.

Medicamentos: La enfermera debe estar completamente capacitada y conocer científicamente sus dosis, efectos adversos y resguardar la seguridad del binomio madre e hijo en la administración de acuerdo a su presentación.

Monitorización de la PA (Presión Arterial): La monitorización constante y adecuada e informar oportunamente las alteraciones en la misma, juega un papel fundamental en salvaguardar la vida de la paciente gestante y evitar complicaciones asociadas a la misma.

Dieta: La alimentación en estas pacientes debe contener bajas cantidades de sodio, abundante en frutas y verduras, la enfermera colabora en la educación sanitaria sobre el proceso de alimentación para el binomio madre e hijo, con la finalidad que la alimentación sea la requerente y posea los nutrientes necesarios.

Estilo de vida: Durante los controles es importante resaltar la importancia del ejercicio en la profilaxis materna, dado que en embarazos de alto riesgo puede ser contraproducente la profilaxis para la gestante.

Monitoreo de PA (Presión arterial): la enfermera debe enseñar a cómo manejar los dispositivos digitales para toma de PA (presión arterial) y su registro oportuno, la paciente comunica a su médico en cada control o cada que se presentan signos y síntomas de alarma.

Es esencial que la enfermera proporciona un cuidado continuo y empático, además de fomentar la participación activa del paciente en su propio autocuidado. La hipertensión arterial es una afección crónica que requiere un enfoque de atención a largo plazo para prevenir complicaciones y mejorar la calidad del binomio madre e hijo/a.

DISCUSIÓN

La hipertensión gestacional puede estar asociada a factores de riesgo, que pueden dar origen al apareamiento de esta patología, no existen muchos estudios referentes a esta situación clínica materna fetal, sin embargo, se asocia con el apareamiento está íntimamente ligada a factores como edad materna no existiendo edad dado que puede presentarse dentro de cualquier ciclo de la gestación, la nuliparidad (León et al., 2016) resultados similares se presentan en Las mujeres con HTA crónica deberían tener una evaluación previa al embarazo para identificar posible daño de órgano blanco, definir necesidad de estudios de HTA secundaria, optimizar comorbilidades y realizar cambios terapéuticos en el estilo de vida que permitan mejorar factores de riesgo modificables. Además, se deben realizar modificaciones en el tratamiento de la hipertensión para lograr los objetivos de control óptimo y suspender el uso de medicamentos perjudiciales durante el embarazo, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas del receptor de angiotensina II. (ARA-II), los inhibidores de la renina o los antialdosterónicos. Consecuentemente, en esta evaluación es fundamental explicarle a la paciente los riesgos asociados de la HTA crónica durante el embarazo (Múner et al., 2021).

La terapia a base de restricción de sodio durante el embarazo, se deben acumular aproximadamente 900 mEq de sodio, lo que equivale a unos 53 gramos de sal que pueden aumentar el volumen extracelular. Actualmente, la restricción de sodio no debe iniciarse durante el embarazo y no hay evidencia para determinar el comportamiento a seguir en pacientes que ya siguen una dieta baja en sodio en el momento del embarazo. Además, los estudios en animales han relacionado las dietas altas y bajas en sodio durante el embarazo con el desarrollo deficiente de los riñones. Un curso de acción apropiado es recomendar una dieta que sea menos estricta en cuanto a la reducción de la ingesta de sodio (Vargas, 2022); resultados similares son presentadas por la autora (Martell, 2020) que menciona que una dieta normal en sodio, es rica en calcio y proteínas, las calorías dependen del peso de la paciente, pero como mínimo debe tener 1800, así mismo se debe evitar que gane más de 1.5kg/mes, si el daño renal es progresivo hay que considerar la restricción de sodio, el uso de diuréticos así y la diálisis.

Los signos y síntomas que puede presentar una gestante con presión arterial alta, y que demanda de cuidados específicos y de una actuación rápida y oportuna, el rol de la enfermera es indicar a la paciente gestante que si posee alguno de los siguientes signos y síntomas como: tensión arterial elevada fuera de sus rangos normales, empieza a ver luces, destellos, tiene alteraciones visuales, visión borrosa, zumbidos en los oídos, tiene náuseas y vómitos que acompañan al dolor abdominal, edema (hinchazón), sobre todo en las manos y la cara, dolor de cabeza intenso, es decir, una cefalea que no cede con analgesia como el paracetamol, sufre dolor en el epigastrio (epigastralgia), la paciente posee dificultad para respirar, su presión está en rangos igual o mayor a 140/90 mmHg (Sánchez, 2021), resultados similares son presentados por autores los cuales determinaron que la hipertensión gestacional presenta los siguientes signos y síntomas de disfunción orgánica materna (1) signos clínicos: Alteraciones neurológicas (alteraciones visuales persistentes, estupor, cefalea o clonus), Epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho, Oliguria ($< 30\text{--}35\text{ ml/h}$ o $< 500\text{ ml/24 h}$), (2) signos analíticos: Insuficiencia renal (creatinina en sangre $\geq 90\text{ }\mu\text{mol/l}$ o 1 mg/dl), Elevación de las transaminasas (por encima del doble del límite alto de la normalidad), Trombocitopenia ($< 100.000/\mu\text{dl}$), Hemólisis (esquistocitosis, elevación LDH $> 600\text{ UI/l}$, aumento de la bilirrubina o disminución de la haptoglobina), CID (aumento TP o del dímero-D, disminución del fibrinógeno) (Española & Obstetricia, 2020)

El ingreso hospitalario no es necesario que el paciente lo realice, para completar el estudio inicial y establecer el plan de tratamiento, siempre que se considere que si el feto muestra signos de bienestar fetal adecuados y el paciente sigue correctamente los controles. Sin embargo, si el paciente presenta niveles de hipertensión severa, se recomienda su ingreso al hospital para llevar a cabo una monitorización materno-fetal y ajustar la medicación adecuadamente (Vargas, 2022) resultados

similares se presentan la guía de estudio aquellas madres con hipertensión asociada al embarazo tiene riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, como desprendimiento de placenta normo inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda, es más frecuente que este tipo de complicaciones en las embarazadas con preeclampsia – eclampsia, aunque dos tercios de casos ocurren en gestantes nulíparas sin otras complicaciones o factores de riesgo aparentes, para el ingreso en el tratamiento hospitalario se recomienda referir al nivel correspondiente en aquellas embarazadas que presenten cualquier trastorno hipertensivo del embarazo grave, sobre todo, aquellas con riesgo de complicaciones como la preeclampsia, que implican enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto (MSP, 2016).

CONCLUSIÓN

La atención de enfermería juega un papel primordial en la atención individualizada en el binomio madre e hijo, la educación sanitaria y los controles prenatales constituyen un pilar básico en la prevención y tratamiento de la hipertensión gestacional y las consecuencias de la misma.

Los factores de riesgo como la obesidad y hábitos de estilo de vida no saludables, pueden ser modificados con un buen régimen de plan de enfermería individualizado en esta población,

El abordaje de los signos de alarma e identificación constituyen un factor protector, con el propósito de evitar complicaciones en la gestante, una valoración exhaustiva y adecuada por el profesional de enfermería mediante el uso del método científico asistencial permite al profesional brindar servicios de calidad integral a la gestante y evitar secuelas en la madre gestante atribuibles a la presión arterial gestacional.

La hipertensión arterial puede desencadenar consecuencias letales para la gestante, además de problemas ginecólogos como: desprendimiento de placenta normo inserta, con la finalidad de la prevención de complicaciones a mediano y largo plazo la mejor prevención la constituye la educación sanitaria a las gestantes desde antes de su concepción hasta el término de la misma.

REFERENCIAS

ACOG-Clinical. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia.

Arano, J. (2018). "PATRONES DEL MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL COMO PREDICTORES DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL DEL HGZ 20". Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Caicedo, E. (2021). Acciones educativas de enfermería a mujeres en edad fértil como recurso para la prevención de la hipertensión gestacional. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.

Cuevas, C., & Santa, J. (2021). EFECTOS MATERNOS Y FETALES DE LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL. 1-22, 1-22.

Del campo, E., Robles, A. J., & Guerrero, P. R. (2023). Principios de Urgencias, Emergencias y cuidados críticos.

Digournay, C., Digournay, N., & Perera, M. (2019). Influencia del sobrepeso y obesidad en el embarazo. 14, 1-5.

Española, R. O. de la S., & Obstetricia, de G. y. (2020). Trastornos hipertensivos en la gestación. 1-29.

León, W., Villamarín, S., & Velasco, S. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo—Guía de Práctica Clínica. 1-81.

Luna, S. D., & Carolina, Martinovio. T. (2023). Hipertensión y embarazo: Revisión de la literatura. 34, 1-11. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.rmcl.2023.01.006>

Martell, N. (2020). Riesgo Vascular en Poblaciones Especiales: Embarazadas. [https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/iii-reunion-rv/Dra. Nieves Martell \(viernes, 20 abril 19.00\).pdf](https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/iii-reunion-rv/Dra. Nieves Martell (viernes, 20 abril 19.00).pdf)

Mendoza, M., Moreno, L., Becerra, C., & Díaz, L. (2020). Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. 85, 1-10.

MSP. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). (2.a ed.). Ministerio de Salud Pública. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

Múner, A., Muñoz, E., & Ibarra, J. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. 28, 1-11.

Peralta León, N. M. (2023). Proceso de atención de enfermería a gestante de 43 años de 34 semanas de gestación con preeclampsia. [bachelorThesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2023]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/14553>

Romero, X., Montserrat, U., Porras, A., Eslava, M., Ramírez, A., Rincón, S., & Forero, C. (2022). Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. 1-10. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030004>

Salas, B., Montero, F., & Alfaro, G. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. 5, 1-15. <https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html> CUERPO EDITORIAL

Sánchez, M. (2021). Señales de alerta para detectar la preeclampsia en el embarazo. <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/2021/02/04/senales-alerta-detectar-preeclampsia-embarazo-176623.html>

Soledispa, S. (2019). Estado Nutricional y su Repercusión en la hipertensión Gestacional.

Stanford Medicine Children's Health. (2023). Complicaciones del embarazo. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=complicationsofpregnancy-85-P04296#:~:text=Preeclampsia%20o%20eclampsia.&text=La%20eclampsia%20es%20la%20forma,8%25%20de%20las%20mujeres%20embarazadas.>

Torregrosa, J. (2012). PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL. <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.pdf>

Torres, J. (2016). CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. <http://congreso enfermeria.es/libros/2016/sala7/3646.pdf>

Vargas, L. (2022). PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 21 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO GEMELAR DE 23 SEMANAS DE GESTACIÓN CON SOBREPESO E HIPERTENSIÓN GESTACIONAL. 1-43.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) 