



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL TERCER TRIMESTRE
DE EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS: JOHANA DALILA PALOMEQUE POGYO

KAREN LISSETH SOLIS GUERRÓN

DIRECTORA: LCDA. CARMEN DEL ROCIO PARRA PEREZ, MGS.

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS: JOHANA DALILA PALOMEQUE POGYO

KAREN LISSETH SOLIS GUERRÓN

DIRECTORA: LCDA. CARMEN DEL ROCIO PARRA PEREZ, MGS.

CUENCA - ECUADOR

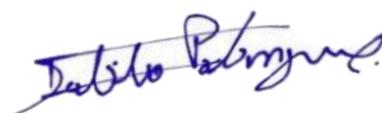
2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Johana Dalila Palomeque Pogyo portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106145899** y **Karen Lisseth Solis Guerron** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0105385611** Declaramos ser las autoras de la obra: “**HIPERTENSION ARTERIAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN AMERICA LATINA**”, sobre las cuales nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.


Cuenca, **31 de marzo de 2022**



F:

Johana Dalila Palomeque Pogyo

C.I.0106145899



F:

Karen Lisseth Solis Guerron

C.I. 0105385611

CERTIFICACIÓN

Certifico que las Srta. Johana Dalila Palomeque Pogyo y la Srta. Karen Lisseth Solis Guerron son las autoras de la revisión bibliográfica con el tema “HIPERTENSION ARTERIAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN AMERICA LATINA”.



LCDA. CARMEN DEL ROCIO PARRA PEREZ, MGS

DIRECTORA

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación a mi Dios que ha sido un motor esencial para la culminación de mi carrera porque me ha dado sabiduría durante todo el transcurso de la carrera y me ha mantenido con salud y vida para cumplir con este sueño, a mis padres Aydée Guerrón y Hernán Solís quienes han sido mi motor principal, a mis hermanos que siempre han estado presentes apoyándome hasta el fin, a mi abuelita Bertha Placencia por siempre estar presente cuando más la necesite y en general a toda mi familia que supieron estar presentes brindando un granito de arena.

Karen Lisseth Solís Guerron

Experiencias que permanecerán en cada uno de nuestros corazones, dedico este trabajo realizado a mis padres que día a día han estado guiándome en este camino, igualmente a mis hermanos que con sus palabras de aliento me motivaron a no desmayar y seguir luchando hasta conseguir cumplir con esta meta planteada hace años atrás.

Johana Dalila Palomeque Pogyo

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios sobre todas las cosas porque él supo cumplir uno de mis sueños más anhelados que hoy se hacen realidad intercediendo en las personas correctas quienes me ayudaron para cumplir este sueño, en segunda instancia agradezco al MD. Paúl Garzón que fue mi motivación para empezar y culminar mi carrera gracias a su impulso de salir adelante, agradezco infinitamente a Luis Garzón y Alejandro Narváez quienes fueron pilares fundamentales en mi preparación profesional, además agradezco a toda mi familia por estar presentes durante toda la carrera con su apoyo y amor incondicional, por ultimo agradezco a la Universidad Católica de Cuenca como también a sus docentes quienes me brindaron sus conocimientos haciendo de mí una profesional de calidad.

Karen Lisseth Solis Guerron

Primeramente quiero agradecer a mis padres Rosario Pogyo y Fausto Palomeque por todo el apoyo en el transcurso de estos años y por creer en mí y nunca perder la fe, así pasen los años ellos seguirá siendo mis ángeles, también agradezco a mi hermana Elizabeth Palomeque y Isaías Zuñiga por recorrer este largo camino a mi lado sin dejarme renunciar a este objetivo, finalmente agradezco a cada uno de los docentes de la Universidad Católica de Cuenca por los conocimientos impartidos en todos estos años de aprendizaje.

Johana Dalila Palomeque Pogyo

Índice

Hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina	3
Resumen	3
Palabras clave:.....	3
Abstract	4
Introducción	5
Metodología	7
Resultados y discusiones.....	9
<i>Prevalencia de la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina</i>	<i>10</i>
<i>Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo.</i>	<i>11</i>
<i>Complicaciones de la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo.</i>	<i>12</i>
<i>Abordaje terapéutico en la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo. .</i>	<i>13</i>
<i>Intervenciones de enfermería en la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo.</i>	<i>15</i>
Conclusiones	21
Referencias bibliográficas	22

Hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina

Autoras: Johana Dalila Palomeque Pogyo, Karen Lisseth Solis Guerron

Directora: Lcda. Carmen del Rocío Parra Perez, Mgs.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial en América Latina es una complicación del embarazo causando la cuarta parte de defunciones maternas y perinatales. *Objetivo:* describir la evidencia científica sobre la hipertensión arterial en el tercer trimestre de gestación por medio de una revisión bibliográfica. *Metodología:* se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales, capítulos de libros y documentación de páginas oficiales. *Resultados:* el país con mayor prevalencia de hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina es Argentina con un 84,37%, siendo el trastorno hipertensivo con mayor frecuencia la preeclampsia con el 62,5%; un factor de riesgo importante para sufrir trastornos hipertensivos se da en mujeres primigestas con el 98%. La complicación más prevalente en las gestantes con hipertensión es el parto por cesárea con 61% y en los recién nacidos la prematuridad con el 81,5%. Los fármacos más utilizados son: labetalol, metildopa, nifedipino e hidralazina. El personal profesional de enfermería es fundamental para la detección oportuna y manejo adecuado de la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo. *Conclusión:* la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo es un problema grave que produce tasas elevadas de morbimortalidad a la madre, feto y recién nacido, por lo que el personal de salud debe trabajar en equipo para brindar una atención oportuna, segura y humana.

Palabras clave: tercer trimestre del embarazo, hipertensión inducida en el embarazo, atención de enfermería, América Latina.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension in Latin America is a complication of pregnancy causing a quarter of maternal and perinatal deaths. *Objective:* To describe the scientific evidence on arterial hypertension in the third trimester of pregnancy through a literature review. *Methodology:* A bibliographic search of original articles, book chapters, and documentation from official pages was carried out. *Results:* The country with the highest prevalence of arterial hypertension in the third trimester of pregnancy in Latin America is Argentina with 84.37%, the most frequent hypertensive disorder being preeclampsia with 62.5%; an important risk factor for hypertensive disorders occurs in primigravid women with 98%. The most prevalent complication in pregnant women with hypertension is cesarean delivery (61%) and newborns' prematurity (81.5%). The most commonly used drugs are labetalol, methyldopa, nifedipine, and hydralazine. Professional nurses are essential for the timely detection and adequate management of arterial hypertension in the third trimester of pregnancy. *Conclusion:* Arterial hypertension in the third trimester of pregnancy is a serious problem that produces high morbidity and mortality rates for the mother, fetus, and newborn, so health personnel should work as a team to provide timely, safe, and humane care.

Keywords: third trimester of pregnancy, pregnancy-induced hypertension, nursing care, latin america.

Introducción

La organización mundial de la salud –OMS-(1) define a la presión arterial como el impulso que realiza la sangre hacia las paredes de las arterias; la hipertensión arterial es la elevación de la presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg. La guía práctica clínica de control prenatal del Ministerio de Salud Pública –MSP-(2) describe al embarazo como un período funcional normal de la mujer que da inicio desde el embarazo y finaliza en la en el nacimiento del producto a término. La OMS (3) define a la hipertensión arterial que se presenta en la gestación como un trastorno hipertensivo del embarazo siendo una causa importante de morbimortalidad grave y de discapacidad crónica en la madre, en el feto y en el recién nacido.

En América latina, la cuarta parte de muertes maternas están relacionadas con estas complicaciones que inician durante la gestación y que son prevenibles o tratables; los trastornos hipertensivos que producen complicaciones en el tercer trimestre de embarazo son la preeclampsia y eclampsia como principales causantes de morbimortalidad materna y perinatal (3). El síndrome de HELLP es otro trastorno hipertensivo que se desarrolla en los embarazos con pre eclampsia y eclampsia produciendo un riesgo en el embarazo y como consecuencia produce una falla multiorgánica (4).

Los países en vías de desarrollo presentan porcentajes elevados de defunciones maternas y perinatales en embarazos con trastornos hipertensivos por la falta de controles prenatales y a las referencias tardías a establecimientos especializados y de emergencia debido a la baja adherencia a los servicios de salud (5). Entre los países afectados tenemos a Perú donde las muertes maternas registradas son del 59.1%, el 25.2% representan a las hemorragias y el 18,5% a los trastornos hipertensivos (6). En Ecuador los trastornos hipertensivos se encuentran entre las principales causas de muertes maternas ocupando el segundo puesto con el 28,32%, luego de las defunciones por causas indirectas con el 42,47%, siendo las provincias con mayor número de defunciones maternas Guayas, Pichincha y el Oro (7).

La preeclampsia (PE), es el trastorno hipertensivo que causa mayor impacto en la salud de la madre y neonato; sin embargo, su etiología es comprendida parcialmente debido a que se desconocen ciertos mecanismos que la desencadenan y existen incertidumbres en su diagnóstico, en las pruebas de detección, en el control u tratamiento y en la clasificación de la gravedad (8). La PE puede aparecer durante el embarazo y posparto, en la cual produce

consecuencias en la madre y en el feto; en la Región de las Américas, la OMS (9) informa que más del 20% de defunciones maternas son causadas por los trastornos hipertensivos; la PE inicia después de las veinte semanas de embarazo hasta las seis semanas posparto.

La eclampsia está asociada directamente a la PE se presenta como convulsiones en mujeres durante el embarazo, alumbramiento o puerperio sin estar atribuidas a condiciones neurológicas u otras patologías (10). El síndrome de HELLP es una complicación de la PE grave que causa daño endotelial micro vascular, produce una activación, agregación y consumo de las plaquetas que produce isquemia distal y la muerte hepatocelular (4). A nivel mundial la pre eclampsia/eclampsia se asocian a la mortalidad materna en un 10 a 15%; en el caso que la gestante desarrolle la enfermedad tiene riesgo de sufrir secuelas y de requerir tratamiento de por vida (11).

Entre los factores de riesgo tenemos la placentación anormal que se relaciona a la inmunidad y a los mecanismos de inadaptación de la placenta; en la PE existen muchos mecanismos que pueden actuar juntos y potenciarse el uno al otro; además, la PE que no es controlada puede progresar a eclampsia y muerte del binomio madre e hijo; otros factores que se relacionan incluyen inadecuada invasión del trofoblasto sobre las arterias espirales al inicio del embarazo, cambios en la respuesta inmune a antígenos del padre y mayor respuesta inflamatoria, antecedentes maternos, antecedentes familiares, bioquímica del suero materno, ecografía Doppler de la arteria urinaria antes de las catorce semanas y la historia clínica (12).

Las complicaciones que se pueden presentar suelen ser potencialmente mortales dentro de las cuales se pueden mencionar: edema pulmonar, desprendimiento de la placenta, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática, coagulación intravascular diseminada, lesión renal aguda, ruptura hepática y progresión a la eclampsia (12). Las complicaciones se asocian a una tasa más elevada de niños pequeños para la edad gestacional y edad gestacional más baja en el parto; además, las complicaciones en embarazos con PE aumentan la morbimortalidad tanto de la madre como del feto en un aproximado del 16% en los países bajos (13).

El manejo terapéutico tiene la finalidad de controlar la presión arterial y proteger a la madre y al feto; en el tratamiento farmacológico tenemos varios fármacos como método para reducir la prevalencia de PE y sus consecuencias; el uso de fármacos antihipertensivos en la hipertensión leve a moderada reduce el riesgo a la mitad para desarrollar una hipertensión grave (14). El presente trabajo de investigación tiene impacto científico porque busca hacer un mapeo de la prevalencia y manejo de esta enfermedad en los últimos años para que la comunidad

científica pueda establecer las mejores intervenciones y cuidados; mismos que van a repercutir en beneficio individual, social y familiar.

Además, tiene impacto social porque busca establecer una relación entre la usuaria y el personal de salud al ofrecer soluciones a las pacientes con hipertensión gestacional y prevenir complicaciones que produzcan un riesgo para sus vidas. Los beneficiarios del estudio serán el personal de salud, en especial el personal profesional de enfermería quienes podrán brindar un cuidado oportuno, seguro y humano en el manejo de la hipertensión arterial en el embarazo, los otros beneficiarios son las embarazadas y sus familiares que por medio de enfermería adquirirán conocimientos de cómo pueden evitar complicaciones en el embarazo y el parto siempre resguardando su vida y seguridad.

Por lo antes mencionado, la presente investigación sobre "Hipertensión arterial en el tercer trimestre de Embarazo en América Latina" es relevante, porque buscó obtener conocimientos sobre el tema, teniendo en cuenta que en el área de la salud enfermería cumple un rol importante en cada uno de los niveles de salud (9), además, porque existe una alta tasa de morbimortalidad de ésta enfermedad que afecta a la madre, feto y recién nacido, por lo cual, es importante identificar la prevalencia de la hipertensión arterial en el embarazo, factores de riesgo que se asocian a la enfermedad, complicaciones que se presentan, el abordaje terapéutico y las intervenciones que se realizan para su manejo. Por consiguiente, se vio la necesidad de desarrollar el presente proyecto de grado previo a la Licenciatura de Enfermería.

Metodología

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo elaborar una revisión bibliográfica de tipo narrativa sobre "Hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina", mediante la búsqueda de artículos científicos, capítulos de libros y documentación oficial relacionada al tema. La información que se obtuvo fue mediante el análisis de las bases de datos científicos de la biblioteca de la Universidad Católica de Cuenca como: Scopus, ProQuest, Science Direct, Taylor & Francis Online, Scielo, La referencia, Web of Science, Google Books, Medigraphic, Redalyc, rrae y de páginas oficiales de salud como: OMS. Los artículos que se incluyeron fueron: los relacionados al tema de investigación, artículos científicos en idioma español, inglés y portugués, así mismo los artículos encontrados de los últimos 5 años (2017 – 2021), artículos científicos que pertenezcan a América Latina; al

mismo tiempo se excluyeron artículos que no responden a las preguntas de investigación y que no aportaban al tema.

Las palabras claves colocadas en la investigación se encuentran presentes en el diccionario descriptores en ciencias de la salud (DECS). La búsqueda de los artículos se realizó con el desglosamiento del título de la investigación utilizando los operadores booleanos como “AND”, de la siguiente manera: “Pregnancy trimester third AND Hipertensión on pregnancy induced”, “Hipertensión gestacional AND Tercer trimestre del embarazo AND América Latina”, “Hipertensión on pregnancy induced AND Pregnancy trimester third AND América Latina”, “Nursing Care AND Hipertensión on pregnancy induced”, “Hipertensión gestacional AND Tercer trimestre del embarazo”, “Tercer trimestre del embarazo AND Hipertensión gestacional”, “MSP AND trastornos AND hipertensivos del embarazo”, “trastornos AND hipertensivos AND embarazo”, “Tercer trimestre del embarazo AND Hipertensión gestacional”, “América Latina AND Hipertensión gestacional AND Tercer trimestre del embarazo”, “Plan de cuidados de enfermería AND preeclampsia AND Caso clínico”.

Se realizó la búsqueda de artículos científicos dando un total 1.889.719 de las cuales se aplicó la primera filtración tras los criterios de inclusión y exclusión dando como resultado 400 documentos científicos, a los cuales se realizó una segunda filtración para verificar la utilidad de la información al estudio por medio de la lectura de títulos y resúmenes, dando un total de 77 documentos; de los cuales, se seleccionaron 55 documentos científicos que respondieron a las preguntas de investigación, excluyendo a los 22 documentos que no respondieron, como lo detalla la Figura 1.

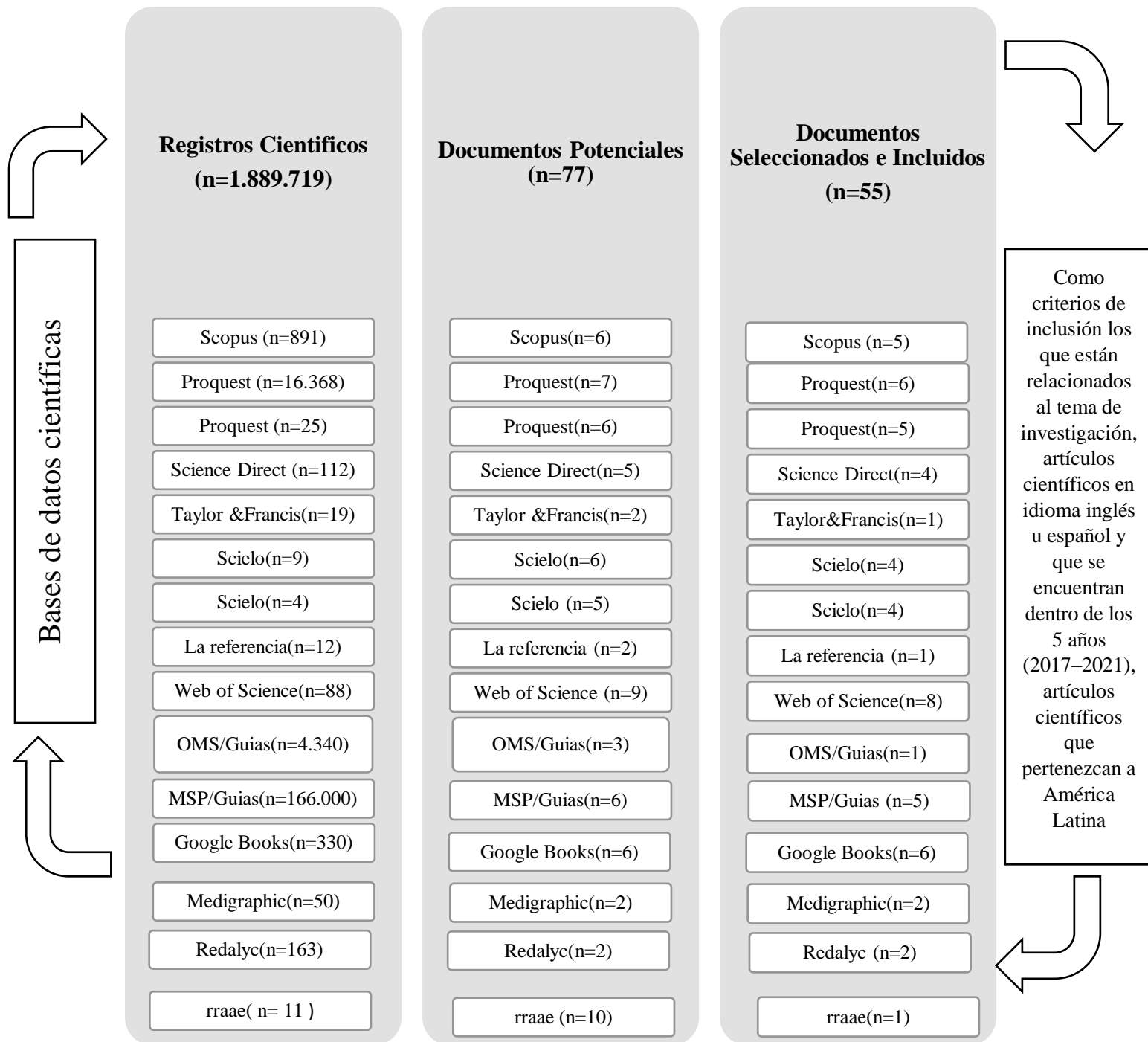


Figura 1

Flujograma de revisión bibliográfica

Resultados y discusiones

Para el estudio se utilizó 55 artículos científicos de los cuales 43 se colocaron en la parte de resultados y discusiones, los artículos que formaron parte de la primera pregunta fueron 10, en la segunda 11, en la tercera 10, en la cuarta 5, en la quinta 7 y 14 documentos

científicos se utilizaron para la redacción de la introducción dando en la suma total de 55 artículos.

Prevalencia de la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina

En Brasil, Guenevere K et al (15) realizan un estudio en un Hospital Tacchini con una población de 459 embarazadas, de las cuales presentaron 39,2% hipertensión gestacional; preeclampsia 23,5%; eclampsia 2% y con síndrome de HELLP 5,9% (15,16). De igual manera, en México los autores Tovar R et al (17) según el análisis manifiestan que la prevalencia de la hipertensión gestacional fue del 54,9% de las gestantes, de las cuales se dividieron en hipertensas gestacionales con el 7,9%; con preeclampsia el 31,6% (18); hipertensas crónicas con el 11,2% (19); hipertensas crónicas más preeclampsia 2,4% y síndrome de HELLP con 1,8%.

En Argentina, los autores Cremonte E et al (20), indican en su estudio realizado en el Hospital Angela Iglesias Llano con una muestra de estudio de 580 pacientes el 84,37% desarrollaron trastornos hipertensivos, el 18,7% con hipertensión gestacional; con 62,5% preeclampsia; eclampsia con el 3,12% (21) y 5,51% con síndrome de HELLP (22). En Colombia, según los autores Buelvas O et al (23) informan en el estudio realizado con 90 mujeres con diagnóstico de hipertensión gestacional dando como resultado que el trastorno hipertensivo que más se presentan en el embarazo es la preeclampsia con el 71,4%. En Ecuador en la ciudad de Guayaquil, Díaz C et al (24) manifiestan en el estudio realizado donde participaron 400 gestantes con riesgo de padecer trastornos hipertensivos de los cuales el 95% presento preeclampsia y 5% con eclampsia.

Tabla 1

Prevalencia de hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo

PAIS	PREVALENCIA	PORCENTAJE
Brasil	Hipertensión gestacional	39,2%
	Preeclampsia	23,5%;
	Eclampsia	2%
	Síndrome de HELLP	5,9%
México	Hipertensión gestacional	54,9%
	Preeclampsia	7,9%
	Hipertensas crónicas	11,2%
	Hipertensas crónicas más preeclampsia	2,4%
	Síndrome de HELLP	1,8%

Argentina	Hipertensión gestacional	18,7%
	Preeclampsia	62,5%
	Eclampsia	3,12%
	Síndrome de HELLP	5,51%
Colombia	Preeclampsia	71,4%
Ecuador	Preeclampsia	95%
	Eclampsia	5%

Según los estudios revisados sobre la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina encontramos que la mayor prevalencia es en Argentina, seguida de Brasil, Ecuador, Colombia y México respectivamente.

Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo.

En Brasil, los autores Guenevere K, et al (15) exponen en su análisis que los factores predominantes para padecer los trastornos hipertensivos gestacionales se presentaron en las primigestas con un 98%, en la raza blanca un 92% y con el 52,9% de las que no tuvieron un plan de salud. En México, los autores Tovar R, et al (17) en el análisis realizado a 493 embarazadas que presentaron trastornos hipertensivos, de las cuales el 22,5% con normopeso y el 77,5% con sobrepeso y obesidad de tipo tres, (25,26). En México, los autores Romero A et al (27) informan que después de la valoración de 196 gestantes del Hospital de Ginecología y Obstetricia N°4 “Luis Castelazo”, llegaron a la conclusión que los factores angiogénicos están relacionados con la gravedad de la hipertensión en el embarazo y pueden ser uno de los predictores para padecer trastornos hipertensivos.

En Colombia, Bastidas M et al (28) manifiestan en su estudio realizado que los factores asociados para presentar trastornos hipertensivos se encuentran las multíparas con un 48,3% (29), consumo de sustancias el 41,8% habían consumido cigarrillo, el 25,4% con antecedentes de aborto, 16,8% obesidad, el 6,9% (30), anemia en el último embarazo, el 13,8% se expone al humo del cigarrillo. En Ecuador, los autores Diaz C et al (24) nos indican en su estudio realizado en el hospital los Ceibos, de las 400 mujeres evaluadas se encontró que el 12.3% eran primíparas, las mismas que presentaron antecedentes de preeclampsia.

En otro estudio realizado en Ecuador, Galindo J et al (31) comunican que, en su análisis realizado en el servicio de Ginecología del Hospital General Macas, se utilizó una muestra de 1,184 gestantes, de las cuales presentaron Trastornos hipertensivos del embarazo las mestizas con el 2,4% (32), a diferencia de las gestantes shuar con un 1,9%. En Ecuador-Cuenca, los autores Quinto B et al (33) en su estudio realizado en el hospital Vicente Corral Moscoso

indican que la edad es uno de los factores asociados a la hipertensión gestacional con un 13,3% mayores de 30 años y 1,8% menores de treinta años (34,35).

Tabla 2

Factores asociados sobre hipertensión arterial en tercer trimestre de embarazo

PAÍS	FACTORES ASOCIADOS	PORCENTAJE
Brasil	Primigestas	98%,
	Raza blanca	92%
	No tuvieron un plan de salud	52,9%
México	Normopeso	22,5%
	Sobrepeso y obesidad de tipo tres	77,5%
	Factores angiogénicos	22%
Colombia	Múltiparas	48,3%,
	Consumo de cigarrillos	41,8
	Antecedentes de aborto	25,4
	Obesidad	16,8%
	Anemia en el último embarazo	6,9%
	Expone al humo del cigarrillo	13,8%
Ecuador	Mestizas	2,4%
	Shuar	1,9%
	Mayores a 30 años	13,3%
	Menores de treinta años	1,8%

Según los estudios analizados Bastidas manifiesta que un factor de riesgo es la multiparidad con un 48,3% concordando con el estudio de Vásquez R, a diferencia de Guenevere K, que indica que ser primigesta es un factor de riesgo el 98%; otro factor de riesgo predominante con un 92% fue de raza blanca a diferencia del estudio realizado por Galindo J, Pérez F, Eduardo T, donde manifiestan que el factor de riesgo es la etnia mestiza con 2,4% y shuar con 1,9%. Según Tovar R, Molina L et al. y Bastidas, Melo L et al, concuerdan que el sobrepeso y obesidad tipo tres son factores predictivos para padecer trastornos hipertensivos.

Complicaciones de la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo.

En Brasil los autores Guenevere K et al (15) informan en su estudio que las gestantes que desarrollaron trastornos hipertensivos presentaron complicaciones con el 54,9% siendo la complicación más frecuente el parto prematuro con el 44,4%. En otro estudio en Brasil Leal L et al (36) determinan que las complicaciones más frecuentes en embarazos con trastornos hipertensivos son el parto prematuro con 72%; parto por cesárea 61%; recién nacidos con bajo peso 10% y requerir cuidados intensivos 8%. En Colombia Díaz A et al (37) en el artículo informan que las embarazadas con trastornos hipertensivos presentaron complicaciones siendo la más importante el bajo peso al nacer del producto vivo con valores por debajo de los 2.200kg (38).

En Guatemala Cremonte E et al (20) informan que la complicación más importante por los trastornos hipertensivos fue el parto por cesárea con el 56,25%; además, el 6,25% requirió de cuidados intensivos tras la interrupción del embarazo debido a la complicación del síndrome de HELLP (39,40). En Venezuela Lozano J et al (41) indican que la complicación que se presentó en las gestantes con preeclampsia fue el parto por cesárea con el 46%,(21,42,43).

En Ecuador-Riobamba Inca G et al (44) nos indican en su estudio que las complicaciones por trastornos hipertensivos es la mortalidad de la madre con el 46% divididas entre preeclampsia con 8%, Eclampsia con 23% y síndrome de HELLP con 15%. En otro estudio en Ecuador-Guayaquil Diaz C et al (24) indican que las complicaciones más frecuentes en embarazos con trastornos hipertensivos son el parto pretérmino con 75%, con complicaciones perinatales el 77,2% divididos en la restricción de crecimiento intrauterino con el 11,3%; hipoglicemia con 3,6%; hiperbilirrubinemia 3,6%; siendo la prematuridad con mayor prevalencia con el 81,5%.

Tabla 3

Complicaciones de la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo

PAIS	COMPLICACIONES	PORCENTAJE
BRASIL	Parto prematuro	44,4%
	Parto prematuro	72%
	Parto por cesárea	61%
	Recién nacidos con bajo peso	10%
	Requerir cuidados intensivos	8%
COLOMBIA	Bajo peso al nacer del producto vivo	8,8%
GUATEMALA	Parto por cesárea	56,25%
VENEZUELA	Mortalidad fetal	6,25%
	Parto por cesárea	46%
ECUADOR	Mortalidad de la madre	46%
	Parto pretérmino	75%
	Complicaciones perinatales	77,2%
	Prematuridad	81,5%

Luego del análisis de estudios científicos se obtuvieron las siguientes complicaciones; en el feto el parto prematuro con 72% y en el recién nacido con bajo peso al nacer con el 10%. La complicación más frecuente en la madre fue el parto por cesárea con 61%; además un porcentaje de gestantes requirieron de cuidados intensivos con el 8% y en Ecuador la mortalidad materna presento un porcentaje significativo con un 46%.

Abordaje terapéutico en la hipertensión arterial en el tercer trimestre del embarazo.

En Brazil Magee L et al (45) manifiestan en su estudio que los fármacos como el labetalol, metildopa y nifedipino son los fármacos que más se recomiendan como fármacos

antihipertensivos, aunque no tienen muchas ventajas sobre otros fármacos para tratar la hipertensión no grave en el embarazo; además, nos indican que en el caso de la hipertensión aguda grave los fármacos recomendados son el labetalol, hidralazina y el nifedipino.

En México Godínez A et al (46) realizan un estudio con ácido acetil salicílico (AAS), los autores dividieron su población de 300 gestantes a 150 gestantes como grupo 1 quienes recibieron AAS y al grupo 2 a las 150 gestantes sin AAS, su resultado fue que del grupo 1 el 20% desarrollaron preeclampsia vs el grupo 2 con 36% de gestantes con preeclampsia las cuales no tomaron las AAS; los autores concluyen que las AAS disminuyen significativamente el desarrollo de preeclampsia, con efecto reductivo del tratamiento en caso de presentarla a un 53%, disminuyendo la recurrencia de PE con un periodo de tiempo de 15 semanas. En Colombia Erico de Lima V et al (47) utilizan el mantenimiento de infusión del sulfato de magnesio como tratamiento para prevenir y tratar la eclampsia, aunque no hay un consenso del mejor momento para el inicio, dosis, duración o finalización de su uso, además este contribuye a la aparición de reacciones adversas como la oliguria..

En Venezuela los autores Díaz C et al (48) promocionan los tratamientos antihipertensivos en el embarazo como es la metildopa, nifedipina, labetalol, oxprenolol, hidralazina y prazosina esencialmente, aunque estos han demostrado efectos adversos severos o intolerables; el diltiazem y verapamilo muestran una gran promesa en el tratamiento antihipertensivo, además, informan que los bloqueadores de canales de calcio son tratamientos seguros en el embarazo porque no demuestran riesgo en el desarrollo fetal y teratogenicidad, promocionando un efecto preventivo para el desarrollo de un trastorno hipertensivo (49).

Después del estudio exhaustivo de documentos científicos se llegó a la conclusión de que los fármacos más utilizados que ayudan a prevenir o a reducir el riesgo de trastornos hipertensivos en el embarazo son; Según Magee L, Von P, informan que para el tratamiento de la hipertensión gestacional no grave es recomendable la utilización de metildopa, labetalol y nifedipino y para tratamiento para la hipertensión grave en el embarazo se utilice la hidralazina, nifedipino y labetalol; encontrando una semejanza en el estudio de los autores Díaz C, Arboleda N donde indican que el labetalol, nifedipina, hidralazina, metildopa y prazosina son los que se utilizan de primera línea como efecto preventivo para el desarrollo del trastorno hipertensivo, pero estos fármacos presentan efectos adversos severos como hipotensión materna, bradicardia neonatal y oliguria en la gran mayoría de gestantes; de igual manera

recomiendan a los bloqueadores de canales de calcio porque no representan riesgo para el desarrollo del feto y teratogenicidad,

Intervenciones de enfermería en la hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo.

En Colombia, Erico de Lima V, et al (47) en su estudio realizado manifiestan que la calidad de las intervenciones de enfermería evaluadas fueron las siguientes; restricción de solución intravenosa con un 78%, seguido de una solicitud de ultrasonido fetal y finalmente el mantenimiento de sulfato de magnesio con un 54%. Según Gaona J, et al (50) manifiesta que una de las principales funciones del personal de enfermería es mantener seguros antes, durante y después del parto al feto y a la madre, evaluando constantemente los signos vitales, nivel de conciencia, además es importante vigilar la presencia de oliguria ya que por la utilización del sulfato de magnesio puede aumentar el riesgo de toxicidad, de igual manera se debe de realizar un plan de cuidados enfocado al paciente utilizando diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones como: (NOC) La gestante debe de recuperar ligeramente su independencia para realizar su limpieza diaria, (NIC) Colaboración en el baño e higiene (1801) - Manejo del bienestar (6482) (51,52, 53).

Según los autores Ubeda N, et al, en el análisis realizado en su estudio de caso clínico describen a una mujer en estado de gestación de 42 años con diagnóstico de hipertensión arterial a partir del tercer trimestre de gestación, que asiste a los controles prenatales, en el cual presenta una elevación de la presión arterial de 165/97mmHg, en la segunda toma con diferencia de noventa minutos 183/102mmHg, el personal de salud toma la decisión de monitorizar a la gestante ya que desde hace días atrás la paciente presentaba cefaleas intensas, mareo, se realiza un plan de cuidados enfocados en el aumento de líquidos por compromiso de mecanismos regulares manifestados por elevación de la presión arterial y edema, según la clasificación se realizó el equilibrio hídrico (00601) y en las intervenciones se realizó un manejo de la hipervolemia, además es importante vigilar la monitorización del estado hemodinámico, control de signos vitales, vigilar que no existan indicios de deshidratación etc (54).

Los Autores Meza A, et al en un análisis realizado de un caso Clínico de una paciente de 17 años residente en Machala que ingresó al servicio de emergencia del hospital Teófilo Dávila el 06 de enero del 2017 a las 23h00 por referir dolor abdominal con quince horas de evolución, al realizar la respectiva entrevista no refiere antecedentes patológicos personales ni familiares, según antecedentes Obstétricos la fecha de ultima menstruación fue el 25 de marzo

del 2016, fecha probable de parto el 30 de diciembre del 2016; Al examen físico paciente presentó una presión arterial de 160/90, frecuencia cardiaca 80 latidos por minutos, T° 36,6°, Saturación de Oxígeno 98%, frecuencia cardiaca fetal 142 latidos por minutos, a nivel genitourinario se observó sangrado transvaginal, se procedió a realizar proteinuria dando como resultado reactivo en orina +++ y a nivel de extremidades inferiores presenta edema (55).

A la paciente después de haber culminado la valoración se realizó el ingreso con diagnóstico de preeclampsia severa, en primera instancia se trató con dosis de impregnación de sulfato de magnesio y después se aplica dosis de mantenimiento; Los resultados de laboratorio arrojaron los siguientes resultados Hemoglobina 7.50mg/dl, plaquetas 39,00/ul, Hematocrito de 22,70% y leucocitos 29,210/ul, luego del parto la paciente es enviada a la unidad de cuidados intensivos –UCI- se continuó con tratamiento antihipertensivo Nifedipino 100mg VO y se transfundió dos unidades de glóbulos rojos (55).

Diagnostico	Resultados	Intervenciones	Evaluación
Riesgo de Infección (00004) relacionado con disminución de plaquetas. Dominio: Seguridad/Protección Clase 1: Infección	Prevención y detección oportuna de infección en el individuo en riesgo.	-Utilizar los quince correctos. -Realizar exámenes de laboratorio.	Se administra el tratamiento antibiótico empirico a base de Ampicilina + Sulbactam para tratar la infección y el uso de hierro intravenoso para lograr el aumento de plauquetas.

Según los estudios analizados el autor Vale E, Ubeda N, Meza A, et al, concuerdan con los estudios de Castillo A, Cano C, et al, que la principal función del personal de salud es brindar atención con intervenciones basadas en la promoción, prevención, curación y rehabilitación para mantener un buen estado de salud tanto de la gestante como del feto para evitar complicaciones futuras.

De acuerdo a los diagnósticos enfermeros se ve la necesidad de realizar intervenciones de acuerdo a la taxonomía NANDA, NOC, NIC, debido a que son seguros y oportunos para los cuidados de la madre, feto y recién nacido con hipertensión arterial en el embarazo.

NANDA I	DOMINIO Sexualidad	8	CLASE Reproducción	3: ETIQUETA: Peligro de alteración de la diada materna fetal (00209).	Dx: Riesgo de alteración de la diada materna fetal manifestado por Cuidados prenatales inadecuados R/C con complicaciones del embarazo.
NOC	Salud familiar (VI).	Estado de salud de los miembros de la familia (Z)	Estado materno: parto 2509	Indicadores 250916 Presión arterial 250919 Proteinuria 250923 Enzimas hepáticas	
	Conocimiento y conducta de salud (IV)	Conocimientos sobre salud (S)	Conocimiento: control de la hipertensión 1837	Indicadores 183705 Complicaciones potenciales de la hipertensión 183723 Estrategias para poder limitar la ingesta de sodio	
NIC Dominio: FAMILIA Clase: Cuidado de un nuevo bebe	Intervención Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800)		Actividades		
	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)	de	Actividades		
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar factores médicos que estén relacionados con resultados malos en el embarazo (HTA, DM, VIH, etc). ➤ Analizar historial obstétrico en busca de riesgos que pongan en peligro el embarazo (preeclamsia, placenta previa, etc). ➤ Examinar factores sociales y demográficos que estén relacionados con resultados inadecuados del embarazo. ➤ Es fundamental la educación a las gestantes sobre la importancia del autocuidado para incrementar resultados saludables (controles prenatales regulares). ➤ Enseñar a la mujer el correcto uso de la medicación prescrita como lo es anticoagulantes, antihipertensivos, etc. ➤ Expresar los riesgos fetales que se asocian a partos prematuros en diversas edades gestacionales. ➤ Orientar a la paciente sobre posibles intervenciones durante el parto (monitorización fetal, cuidados de cesárea, etc). ➤ Derivar a equipos de ayuda para las madres con riesgo alto, en caso de ser necesario. 		
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar el nivel de conocimiento actual del paciente en relación con el proceso de enfermedad. ➤ Detallar el proceso de enfermedad, según corresponda ➤ Suministrar información necesaria sobre la patología que presente, de ser necesario. ➤ Informar acerca de las modificaciones que debe de realizar en el diario vivir para así poder prevenir complicaciones en un futuro y lograr controlar la enfermedad. ➤ Detallar los fundamentos de las recomendaciones en el control de tratamiento/terapia. ➤ Fortalecer toda información obtenida por el apoyo de otros miembros de salud (51,52, 53). 		

Figura 5 Plan de Cuidados

NANDA II	Dominio Crecimiento /Desarrollo	13. Clase 2: Gestión de la salud	Etiqueta: 00112 Riesgo de retraso en el desarrollo	Dx: Riesgo de retraso en el desarrollo M/P abuso de sustancias R/C enfermedad crónica.
NOC	Conocimiento y conducta de salud (IV)	Conducta de salud (IV)	Conducta sanitaria prenatal(1607)	Indicadores 160703 Mantiene las visitas de asistencia prenatal 160721 Utiliza medicamentos según prescripción 160716 Evitar ingerir alcohol 160717 abstinencia del consumo de tabaco
	Salud funcional (I)	Desarrollo y crecimiento (B)	Estado fetal: prenatal 0111	Indicadores 011101 Frecuencia cardíaca fetal (120-160)
	Conocimiento y conducta de salud (IV)	Conocimiento sobre salud (S)	Conocimiento: gestación 1810	Indicadores 181026 Importancia de los controles prenatales frecuentes 181027 Importancia de la educación antes del parto 181003 Signos de alarma de los peligros que pueden presentarse durante el embarazo
NIC		Cuidados prenatales (6960)	Actividades	
		Cuidados del lactante: prematuro (6826)	ACTIVIDADES	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar constantemente los latidos cardíacos del feto. ➤ Verificar que exista movimiento del producto. ➤ Educar a las gestantes sobre la monitorización de la actividad fetal y sobre la percepción de los movimientos fetales. ➤ Evaluar la presentación fetal. ➤ Analizar conjuntamente con la gestante las modificaciones o cambios que se presentan en el estatus y crecimiento del producto. ➤ Educar a la embarazada los riesgos a la exposición o ingestión de sustancias perjudiciales (alcohol, teratógenos, etc). 	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informar a los progenitores sobre los aspectos del desarrollo en los lactantes prematuros. 	

- Monitorizar y manejar las necesidades de oxigenación (51,52, 53).

Figura 6

Plan de cuidado sobre riesgo de retraso en el desarrollo

NANDA III	DOMINIO Sexualidad	8.	CLASE Reproducción	3:	ETIQUETA: 00221 Proceso de maternidad ineficaz	DX: Proceso de maternidad ineficaz M/P durante el embarazo; cuidados prenatales inadecuados /durante el parto y alumbramiento: estilo de vida inadecuado para la etapa del parto R/C cuidados prenatales insuficientes.
NOC	Salud familiar (VI)	Estado de salud de los miembros de la familia (Z)	Estado materno: puerperio 2511	INDICADORES 251103 Presión arterial 251111 Curación de la herida quirúrgica 251119 Enzimas hepáticas 251113 Infección 251125 Dolor de la herida quirúrgica		
NIC	Fomentar el rol parental (8300)		ACTIVIDADES ➤ Incentivar a las pacientes a recibir atención prenatal regular y temprana. ➤ Realizar visitas domiciliarias, según el nivel de riesgo.			
	Cuidados del lactante: recién nacidos (6824)		ACTIVIDADES ➤ Se debe de efectuar la prueba de Apgar a los 60 segundos y después a los cinco minutos posterior al alumbramiento. ➤ Medir y pesar al recién nacido ➤ Vigilar el patrón respiratorio y de la frecuencia respiratoria. ➤ Monitorizar la frecuencia cardíaca del recién nacido. ➤ Verificar el peso del producto vivo con respecto a la edad gestacional estimada (51,52, 53).			

Figura 7

Plan de cuidados sobre proceso de maternidad ineficaz

NANDA IV	DOMINIO Afrontamiento/Tolerancia	9:	CLASE Reproducción	3:	ETIQUETA: 00116 Conducta desorganizada del lactante	DX: Conducta desorganizada del lactante M/P desaturación de oxígeno, Irritabilidad R/C Enfermedad del lactante.
-----------------	--	-----------	------------------------------	-----------	---	--

NOC	DOMINIO: funcional (I)	Salud	CLASE: Crecimiento y desarrollo (B)	ETIQUETA: Adaptación del recién nacido 0118	INDICADORES 011801 Puntuación Apgar 011802 Índice de edad gestacional 011803 Latidos cardiacos (100-160) 011804 Frecuencia respiratoria (30-60) 011805 Tasa de presión arterial entre brazo y pierna 011806 Saturación de oxígeno >90% 011811 Peso 011817 Respuesta a estímulos
	DOMINIO: funcional (I)	Salud	CLASE: Crecimiento y desarrollo (B)	ETIQUETA: Adaptación del prematuro 0117	INDICADORES 011707 Tolerancia alimentaria 011708 Tono muscular relajado
NIC			Monitorización de los signos vitales (6680)	ACTIVIDADES	
				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizar el estado respiratorio, temperatura, pulso, y presión arterial según corresponda ➤ Observar las fluctuaciones y tendencias de la presión arterial ➤ Analizar respiraciones anormales (apnéustico, Kussmaul, atáxico Cheyne-Stokes, Biot y suspiros excesivos) (51,52, 53). 	

Figura 8

Plan de cuidados sobre conducta desorganizada del lactante

Conclusiones

Después del análisis de todos los documentos científicos se llegó a la conclusión que la morbimortalidad por hipertensión arterial en el tercer trimestre de embarazo en América Latina es un problema grave; además puede producir discapacidad crónica en la madre, feto y recién nacido. La prevalencia de América Latina ocupa la cuarta parte de muertes maternas, existiendo una variación en la prevalencia en los diferentes trastornos hipertensivos, entre los siguientes países encontramos hallazgos importantes; en Argentina con hipertensión gestacional 84,37%, seguido de México con 78,6%, siendo la hipertensión gestacional con mayor prevalencia, y luego en Brasil con el 70,6%, siendo la hipertensión gestacional la que presenta mayor prevalencia.

De acuerdo a los factores de riesgo que se asocian a la hipertensión arterial no existe un factor específico que determine al desarrollo de los trastornos hipertensivos, pero de cierta manera se involucran para detonar un mayor impacto en su padecimiento, problemas nutricionales, factores sociodemográficos como: la edad, la etnia y socioeconómicos y antecedentes ginecológicos como ser primigesta, múltipara y antecedentes de aborto.

Las complicaciones más importantes que se presentan en la hipertensión arterial tanto para la madre, feto y recién nacido son: parto prematuro, recién nacidos con bajo peso menor a los 2.200kg, requerir unidad de cuidados intensivos, partos por cesárea, mortalidad de la madre y mortalidad fetal por lo cual es importante reconocer cualquier signo de peligro.

En cuanto al abordaje terapéutico existen varios fármacos que se utilizan para tratar los trastornos hipertensivos en el embarazo, entre los medicamentos recomendados en la gran mayoría de estudios científicos tenemos: metildopa, labetalol, nifedipino, la hidralazina que ayudan tanto en la hipertensión arterial grave y no grave. También los autores recomiendan el uso de los bloqueadores de canales de calcio porque se ha comprobado que no pone en riesgo el desarrollo del feto y no produce teratogenicidad.

Por último, tenemos las intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NANDA, NOC, NIC que se encuentran relacionadas entre sí, que desarrollan un sustento científico para la práctica diaria de enfermería permitiendo brindar beneficios a la profesión como es el desarrollo del pensamiento crítico que se dirijan a la curación y rehabilitación de la madre, feto y posteriormente recién nacido; además, de brindar beneficios a las gestantes con

hipertensión arterial y a sus familiares debido a que juegan un rol fundamental en la detección oportuna, en la capacitación y en la recomendación de los cuidados.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 25 de agosto del 2021. [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Ministerio de Salud Pública. Control prenatal [Internet]. Dirección. Leon Wilfrido, Yopez Eduardo, Gordón Martha AD, editor. 2015. Quito; [citado el 8 de febrero de 2022]. 1–47 p. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. Metin Gülmezoglu, João Paulo, Matthews Martha JPP, editor. 2014 [citado el 8 de febrero de 2022]. 1–48 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf
4. Magee, L. A., von Dadelszen, P., Stones, W. Mathai M, editor. Physiological changes of proteinuria in pregnancy [Internet]. The figo Textbook of Pregnancy Hypertension. London: The Global Library of Women’s Medicine; 2016 [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.glowm.com/pdf/NEW-Pregnancy_Hypertension-Final2.pdf
5. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo [Internet]. Segunda ed. Dirección Nacional de Normatización MSP, Rojas Lino, Cruz Blanca, Bonilla Gonzalo, Criollo Anabela, Nina Wilson JA et al., editor. 2016. Quito; [citado el 8 de febrero de 2022]. 1–81 p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
6. Mendoza-Vilcahuaman Jenny, Muñoz- De La Torre Rossibel Juana D-LAV. Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura. Rev la Fac Med Humana [Internet]. julio de 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];21(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-

- 05312021000300528&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Ministerio de Salud Pública/ Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiologica. Gaceta epidemiologica de muertes materna se 47 Ecuador 2021 [Internet]. 2021. [citado el 8 de febrero de 2022]. p. 1–8. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/Gaceta-de-MM-SE-47.pdf>
 8. Wiles Kate, Damodaram Mellisa FC. Hipertension severa en el embarazo. ClinMed [Internet]. septiembre de 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];21(5). Disponible en: <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/21/5/e451>
 9. Organización Panamericana de la Salud. Día de Concientización sobre la Preeclampsia - OPS/OMS [Internet]. Agosto. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
 10. Prabhu Thangappah Radha Bai. Complicaciones visuales (oculares) graves en la preeclampsia y eclampsia. Obstet y Ginecol [Internet]. octubre de 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];67(5). Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000407965400007>
 11. Organización Mundial de la salud. Mortalidad materna [Internet].2019 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 12. Morales Hernandez S, Romero A, Vasquez J, Hernandez J, Hernandez V OO et al. Guia de practica clinica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención Evidencias y Recomendaciones. 2017 [citado el 8 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
 13. Van Esch JJA, Van Heijst AF, de Haan AFJ, van der Heijden OWH. La preeclampsia de inicio temprano se asocia con la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal grave. Medicina materno fetal y neonatal [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];30(23). Disponible en: <https://www-tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.1080/14767058.2016.1263295>
 14. Coroyannakis Christina, Khalil Asma. Manejo de la hipertension en la paciente embarazada obesa. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];21(24). Disponible en:

<https://doi.org/10.1007/s11906-019-0927-x>

15. Kerber Franceschi, Guenevere de Franceschi MC. Prevalencia de síndromes hipertensivos gestacionales en usuarias de un hospital del sur de Brasil. *Cuidarte* [Internet]. septiembre de 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];8(3). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1956457213/3ACEC7CD34664037PQ/7?accountid=61870&parentSessionId=BDscFX48hBx1bZIErKGljYrNDNIjqe1MQ7VN5djGpQ%3D&parentSessionId=HZI2Gu1VKiHJD%2FJEKXNeCLIDF1qJ9x3To5Mg4nurrBQ%3D>
16. Ferreira LC, Gomes CEM, Duggal P, De Paula Holanda I, de Lima A.S do NPR. et al. Asociación genética de ERAP1 y ERAP2 con eclampsia y preeclampsia en mujeres del noreste de Brasil. *Inf Cient* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];11(1). Disponible en: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85103018325&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Hypertension+and+pregnancy&nlo=&nlr=&nls=&sid=0f8a5e9ac9a85197b6bf4b18e9ded767&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2C%22Bscoaffilctry%2C%22Brazil%22%2C%22Mexico%22%2C%22Argentina%22%2C%22Chile%22%2C%22Colombia%22%2C%22Cuba%22%2C%22Venezuela%22%2C%22Peru%22%2C%22Ecuador%22%2C%22Panama%22%2C%22Guatemala%22%2C%22Uruguay%22%2C%22Bolivia%22%2C%22Costa+Rica%22%2C%22Dominican+Republic%22%2C%22Honduras%22%2C%22Paraguay%22%2C%22Bscopubyr%2C%222021%22%2C%222020%22%2C%222019%22%2C%222018%22%2C%222017%22%2C%22Bscosubtype%2C%22ar%22%2C&sessionSearchId=0f8a5e9ac9a85197b6bf4b18e9ded767&relpos=10&citeCnt=0>
17. Tovar Jm, Valle Molina L, Vargas Hernandez VM, Hernandez Aldana FJ HV LE. Diferencia de la presión arterial entre los brazos en un grupo de mujeres embarazadas y puerperas con y sin hipertensión arterial y su impacto en el recién nacido. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];46(2). Disponible en: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85056668924&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hipertensi3n+AND+gestational&sid=5b9938bedf3ee91a29e541b049b92285&sot=b&sdt=b&sl=43&s=TITLE-ABS->

- KEY%28hipertensión+AND+gestational%29&relpos=5&citeCnt=0&searchTerm=
18. Acosta Alfaro LF, Ramos Mrtinez MA, Osuna Ramirez Y, Galaviz Hernandez C, Sosa Macias M GIF. Modelo predictivo de la hipertension inducida por el embarazo en mujeres mexicanas. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];89(4). Disponible en: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85114323428&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hipertensión+AND+gestational&sid=5b9938bedf3ee91a29e541b049b92285&sot=b&sdt=b&sl=43&s=TITLE-ABS-KEY%28hipertensión+AND+gestational%29&relpos=1&citeCnt=1&searchTerm=>
 19. Hernández-Higareda S, Pérez-Pérez OA, Balderas-Peña LMA, Martínez-Herrera BE, Salcedo-Rocha AL, Ramírez-Conchas RE. Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo. *Cir Cir* [Internet]. julio de 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];85(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300858?via%3Dihub>
 20. Cremonte Alejandra Elizalde FF, Pohlemann Tarnovski MCPMY. Morbilidad Materna en pacientes con síndrome de hellp en el Hospital Angela Iglesias Llano Corriente-Capital . *Cent Am Ostet y Ginecol* [Internet]. 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];22(3). Disponible en: https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/28100/RIUNNE_FMED_AR_ElizaldeCremonte-FregenalFuentes-Cataldi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. Salazar MR, Espeche WG, Balbín E, Sisniegues CEL, Sisniegues BCL, Stavile RN, et al. Valores de presión arterial en el consultorio y la necesidad de mediciones fuera del consultorio en embarazos de alto riesgo. *Hipertension* [Internet]. septiembre de 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];37(9). Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000501621900014>
 22. Jesús-García A, Valeria Jimenez-Baez M, Guadalupe González-Ortiz D, De La Cruz-Toledo P, Sandoval-Jurado L, Kuc-Peña LM. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Enfermería* [Internet]. 2018 [citado el 8 de febrero de 2022];26(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>

23. Buelvas Ochoa YM, Bula Romero Javier CVC. Vista de Resultados maternos y neonatales en mujeres con trastornos hipertensivos en embarazos lejos del término. *Rev Colomb Enfermería* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];20(1). Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/3078/3069>
24. Diaz Espinoza C, Borja N, Sambrano A CK. Características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];14(2). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2246150429/fulltextPDF/24A5E0AA18CA4CABPQ/1?accountid=61870&forcedol=true&parentSessionId=C%2F9ZVOLwF1h9YHumggHKUjI6cxfik8vklhC614ym0bw%3D&parentSessionId=nXakWD2d%2BKY1dZAKUC52kGpLVY3P0eNxFWQpJP7CktA%3D>
25. Oviedo-Cruz H, Cortés-Martínez MA. Presión arterial en embarazos normales de la Ciudad de México. *Arch Cardiol México* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];91(3). Disponible en: </pmc/articles/PMC8351649/>
26. Elizabeth C, Oyaque C, Estefanía M, Tapia M, Alexandra T, Elizabeth C, et al. Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018 [citado el 8 de febrero de 2022];13(1). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2063281224/fulltextPDF/4935F9D6A3DE423APQ/6?accountid=61870>
27. Romero J, Alvarez M, Encalada M, Perez M, Chan R LA. Diferencias entre las concentraciones de factores angiogénicos en la preeclampsia y la hipertensión gestacional y su relación con el resultado materno y perinatal adverso. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];85(9). Disponible en: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85029752144&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hipertensi3n+AND+gestacional&sid=5b9938bedf3ee91a29e541b049b92285&sot=b&sdt=b&sl=43&s=TITLE-ABS-KEY%28hipertensi3n+AND+gestacional%29&relpos=11&citeCnt=1&searchTerm=>
28. Bastidas, Melo L, Guerrero M GC. Factores maternos asociados al peso del recién nacido en una IPS de Medellín, Colombia, 2018. *Perspect en Nutr Humana* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];23(1). Disponible en:

- <https://www.proquest.com/docview/2557405950/fulltextPDF/D97C9EA591544EB6PQ/1?accountid=61870&parentSessionId=EUboZD3pSdSKOfiooh3058%2FFPB9jSAaN7loWc6CjnPM%3D&parentSessionId=mXIHy4EXFGidpM2NHUrCYLW%2FCChH9O9V82z9Uh6UY934%3D>
29. Vazquez Rodriguez M, Perez Adan M ASE. Factores clinicos y bioquimicos de riesgo de hipertension arterial en mujeres con diagnostico previo de estados hipertensivos del embarazo. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];85(5). Disponible en: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85029212169&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hipertensi3n+AND+gestational&sid=5b9938bedf3ee91a29e541b049b92285&sot=b&sdt=b&sl=43&s=TITLE-ABS-KEY%28hipertensi3n+AND+gestational%29&relpos=15&citeCnt=2&searchTerm=>
 30. Garcia Inga B PSJ. Vista de Factores de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. *Vicionarios en Cienc y Tecnol* [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];5(1). Disponible en: <https://revistas.uoosevelt.edu.pe/index.php/VISCT/article/view/1/1>
 31. Luis J, Galindo Q, Louciana :, Garay García M, Ángela :, Merchán AM, et al. Trastornos hipertensivos y utilidad del score MAMÁ y score MACAS en gestantes mestizas y de etnia SHUAR. *Arch Venez Farmacol y Ter* [Internet]. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];38(3). Disponible en: www.revistaavft.com
 32. Tejera E, Sánchez ME, Henríquez-Trujillo AR, Pérez-Castillo Y, Coral-Almeida M. Un estudio de base poblacional sobre preeclampsia y eclampsia en Ecuador: diferencias étnicas, geográficas y de altitud. *BMC Embarazo y Parto* [Internet]. el 1 de diciembre de 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];21(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03602-1>
 33. Quinto C, Guevara J, Toapanta A, Santana K TR et al. Asociación de la edad materna con las complicaciones gestacionales. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018 [citado el 8 de febrero de 2022];13(2). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-0431-8679>
 34. Dra. Yanet Pérez Ferreiro y Dr. Idalberto Creagh Bandera. Caracterización

- clinicoepidemiológica de pacientes con enfermedad hipertensiva gravídica en el subdistrito Venilale de Timor Oriental. *Medisam* [Internet]. noviembre de 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];21(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368449645006.pdf>
35. Camacho E, Pastorello M ED. Resistina circulante en mujeres venezolanas embarazadas sanas o con preeclampsia. *Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018 [citado el 8 de febrero de 2022];13(4). Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2160687982/fulltextPDF/A4FD22EA17794330PQ/1?accountid=61870>
36. Leal LF, Grandi SM, Miranda VIA, da Silva Dal Pizzol T, Platt RW, da Silveira MF, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo y usos de medicamentos en el estudio de cohorte de nacimientos de pelotas(Brasil)2015. *Int Investig Medioambient y salud pública* [Internet]. noviembre de 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];17(22). Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000594142600001>
37. Diaz Perez A, Roca Perez A, Oñate G, Castro V NE. Interacción y dinámica de factores presentes en los trastornos hipertensivos del embarazo. *Salud Uninorte* [Internet]. 2017 [citado el 8 de febrero de 2022];33(1). Disponible en: <https://www-proquest-com.vpn.ucacue.edu.ec/docview/1984386512/4935F9D6A3DE423APQ/2?accountid=61870>
38. Páez O, Puleio P, Visser M, Mazzeo S, Antelo I Alderete J, et al. La preeclampsia es precedida por alteración de la función cardiovascular. *rev argent cardiol* [internet]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];88(1):55–60. disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=s1850-37482020000100055&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Ghelfi AM, Garavelli F, Passarino FA, Diodati S, Calcaterra MG, Hails EA, et al. Síndrome HELLP: características clínicas, analíticas y evolutivas observadas en dos años de experiencia. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. el 1 de octubre de 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];37(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183720300404>

40. Cubas JAC, Gracia PV-D, Ventura SAP, Montes OEM. Enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la eclampsia asociada al síndrome HELLP. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. diciembre de 2018 [citado el 8 de febrero de 2022];64(4). Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2123>
41. Lozano J, Diaz C, Supe P, Becerra D CC. Índice Neutrofilos/Linfocitos en pacientes gestantes con preeclampsia del Hospital General de Latacunga, Ecuador - ProQuest. *Arch Venez Farmacol y Ter* [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];39(4). Disponible en: <https://www-proquest-com.vpn.ucacue.edu.ec/docview/2453908250/F364628D83FD4461PQ/40?accountid=61870>
42. Vargas R, Placencia M, Kalid Stefano, Vargas-Silva, Toapanta L, Villalobos N, et al. Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];89(7). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2021/gom217b.pdf>
43. Pinheiro DDLFL, Feitosa FEDL, Araujo Júnior E, Carvalho FHC. Resultados de la gestacion en pacientes con morbilidad materna grave causada por sindromes hipertensivos. *Rev Bras Ginecol e Obstet* [Internet]. el 1 de febrero de 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];42(2). Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000524654000003>
44. Inca G, Vinuesa M LM. Caracterización de la muerte materna en la provincia de Chimborazo 2013 – 2017. *Cienc al Serv la salud y la Nutr* [Internet]. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];10(2). Disponible en: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/323/271>
45. Magee L A., Von Dadelszen P. Manejo de la hipertension en el embarazo. *Matern Med* [Internet]. el 25 de abril de 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];3(2). Disponible en: https://journals.lww.com/mfm/Fulltext/2021/04000/Management_of_Hypertension_in_Pregnancy.7.aspx
46. Godinez V, Godinez P, Sosa G D de LL. Prevencion de la preclampsia con acido acetilsalicilito. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2019 [citado el 8 de febrero de 2022];57(5). Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/2448

/3711

47. Erico V, Cunha L, Machado I, Souza E A da SZ. Mejora de la calidad de atención a la hipertensión gestacional en cuidados intensivos. *Av en Enferm* [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];38(1). Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.81081>
48. Diaz C, Arboleda N, Quezada P, Frias P LR. Nuevos tratamientos farmacológicos para la hipertensión durante el embarazo. *Arch Venez Farmacol y Ter* [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];39(1). Disponible en: <https://www-proquest-com.vpn.ucacue.edu.ec/docview/2407570441/CA49C7E175F5447CPQ/6?accountid=61870&parentSessionId=mKbb4LJnG6BFRPNUEpnkpTZGxngCFYjgzqQ2SoDVGW%3D>
49. Vaquez J MY. Tratamiento de la hipertensión arterial posparto con losartán en la preeclampsia grave. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero de 2022];58(5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457768466006/>
50. Gaona J, Mesa I RA. ▷ Manejo de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia. *Ocronos* [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022];4(3). Disponible en: <https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-preeclampsia/>
51. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru CTL. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023* [Internet]. thieme. New York; 2021 [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=iIcbEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=nanda+2021&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=nanda+2021&f=false
52. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson MLM. *Clasificación de Resultados de Enfermería (Noc)* [Internet]. Barcelona; 2019 [citado el 8 de febrero de 2022]. 657 p. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=4Rl9DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Clasificación+de+Intervenciones+de+Enfermería+\(NoC\)&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Clasificación+de+Intervenciones+de+Enfermería+\(NoC\)&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=4Rl9DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Clasificación+de+Intervenciones+de+Enfermería+(NoC)&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Clasificación+de+Intervenciones+de+Enfermería+(NoC)&f=false)
53. C Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman CW. *Clasificación*

-
- de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. DRK. España; 2014 [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=sV3hAQAAQBAJ&pg=PT79&dq=Clasificaci3n+de+Intervenciones+de+Enfermer3a+\(NoC\)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjHo7bysND1AhWBTDABHYCWbn0Q6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=Clasificaci3n+de+Intervenciones+de+Enfermer3a+\(NoC\)&f=true](https://books.google.com.ec/books?id=sV3hAQAAQBAJ&pg=PT79&dq=Clasificaci3n+de+Intervenciones+de+Enfermer3a+(NoC)&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjHo7bysND1AhWBTDABHYCWbn0Q6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=Clasificaci3n+de+Intervenciones+de+Enfermer3a+(NoC)&f=true)
54. Úbeda NP, Herrero E, Moreno M, Marín E, Jimeno C MA. Plan de cuidados de enfermería en la preeclampsia. Caso clínico. [Internet]. Noviembre. 2021 [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-la-preeclampsia-caso-clinico/>
55. Meza A, Castro P, Laguna N CD. ▷ Proceso de atención de Enfermería en paciente con preeclampsia severa: reporte de caso. Machala-Ecuador - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 09 de septiembre. Machala; 2019 [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UTMACH_633e70596d55564ed58339e0b6efa940

ANEXO

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Johana Dalila Palomeque Pogyo portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106145899** y **Karen Lisseth Solis Guerron** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0105385611**. En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **31 de marzo de 2022**



F:

Johana Dalila Palomeque Pogyo

C.I.0106145899



F:

Karen Lisseth Solis Guerron

C.I. 0105385611