



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LAS GESTANTES Y SUS
COMPLICACIONES**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA**

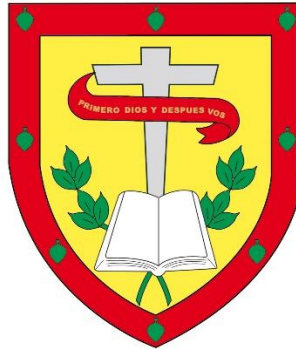
AUTOR: ANTHONY ISMAEL PEÑAHERRERA ORTEGA

DIRECTOR: LUIS ENRIQUE NAULA CHUCAY

LA TRONCAL - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS DE LAS GESTANTES Y SUS COMPLICACIONES

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

AUTOR: ANTHONY ISMAEL ÉÑAHERRERA ORTEGA

DIRECTOR: LUIS ENRRIQUE NAULA CHUCAY

LA TRONCAL - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

La Troncal 10 de octubre de 2023

Sección: UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
Asunto: Aprobación de presentación del Trabajo de Titulación.

Licenciado

Luis Enrique Naula Chucay. MGS

UNIDAD DE TITULACIÓN

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

De mi consideración:

El suscrito tutor del trabajo de titulación, con un atento y cordial saludo me dirijo a usted para desearle éxitos en sus funciones diarias, y a su vez certificar que el trabajo de “ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LAS GESTANTES Y SUS COMPLICACIONES ‘desarrollado por ANTHONY ISMAEL PEÑAHERRERA ORTEGA. con cedula de ciudadanía N° **0928939180**, ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple con las normas estatutarias establecida por la Universidad Católica de Cuenca.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines legales consiguientes, suscribo, no sin antes exteriorizar nuestra consideración.



LUIS ENRIQUE NAULA
CHUCAY

LCDO. LUIS ENRIQUE NAULA. MGS

Tutor

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a Dios, cuya gracia y guía han sido mi faro en momentos de oscuridad. Este logro no hubiera sido posible sin la bendición de Dios y sin la presencia y apoyo de todos ustedes, y por eso les dedico mi gratitud más sincera.

A mis seres queridos, cuyo amor inquebrantable ha sido mi roca en tiempos de tormenta.

A mis amigos y colegas, cuya colaboración y aliento han enriquecido mi experiencia.

A mis mentores, cuya guía sabia ha iluminado mi camino hacia el conocimiento. A cada persona que ha cruzado mi camino y dejado una huella positiva, les estoy profundamente agradecido.

DEDICATORIA

A aquellas almas amorosas que han iluminado mi camino con su apoyo incondicional, paciencia y cariño, esta obra está dedicada con profundo agradecimiento. Su constante inspiración y apoyo han sido el motor que me impulsa a crecer y superar obstáculos. Que estas palabras sean un reflejo de mi gratitud eterna hacia ustedes.

Resumen

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo, resaltan necesidades como insuficiente control y conocimiento, factores que pueden resultar en complicaciones, como restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, desprendimiento de placenta, eclampsia y daño a órganos vitales. Este estudio tiene como finalidad analizar las estrategias de prevención de enfermería en los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en gestantes. Se realizó una investigación de documentos, seleccionando artículo de los últimos 5 años, que cumpla con los parámetros de búsqueda y criterios de inclusión. Participaron 73 documentos entre artículos científicos y trabajos de investigación. Los resultados permiten entender que las estrategias de prevención son importantes en la gestión de los trastornos hipertensivos. La educación continua es fundamental para informar a las gestantes sobre los riesgos de la hipertensión durante el embarazo y la importancia de mantener un estilo de vida saludable. Se concluye que las estrategias de prevención abarcan la promoción de controles médicos regulares, educación en autocuidado y vigilancia activa por parte de los profesionales de enfermería. Entre los factores de riesgo se menciona la primigestación, embarazos múltiples y obesidad demandan enfoques preventivos específicos y entre las complicaciones, se destaca la preeclampsia y problemas cardiovasculares, subrayan la necesidad de una atención temprana y personalizada.

Palabras clave: Estrategias de prevención, trastornos hipertensivos, gestantes, riesgos, complicaciones.

ABSTRACT

Hypertensive disorders during pregnancy underscore inadequacies in control and knowledge. It may lead to complications such as intrauterine growth restriction, prematurity, placental abruption, eclampsia, and vital organ damage. This study aims to analyze nursing prevention strategies for hypertensive disorders and their complications in pregnant women. This research was conducted by selecting articles from the last five years that met the search parameters and inclusion criteria. A total of 73 documents, comprising scientific papers and research articles, were included. The results emphasize the significance of prevention strategies in managing hypertensive disorders. Continuous education is crucial in informing pregnant women about the risks of hypertension during pregnancy and the importance of maintaining a healthy lifestyle. It is concluded that prevention strategies encompass the promotion of regular medical check-ups, self-care education, and active surveillance by nursing professionals. Risk factors such as primiparity, multiple pregnancies, and obesity require specific preventive approaches, while complications such as pre-eclampsia and cardiovascular problems underscore the need for early and personalized care.

Keywords: Prevention strategies, hypertensive disorders, pregnant women, risks, complications

CONTENIDO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD	;	Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO		4
DEDICATORIA		5
RESUMEN.....		; Error! Marcador no definido.
ABSTRACT		7
CONTENIDO		3
INTRODUCCIÓN		8
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL		12
1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....		12
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....		18
1.3. ESTUDIOS APLICADOS EN CONTEXTOS DISTINTOS.....		31
1.4. DEFINICIONES BÁSICAS.....		33
CAPITULO II. PRODUCCION INTERPRETATIVA		35
Metodología.....		35
Métodos		35
Criterios de inclusión y exclusión		36
Procedimientos		36
2.1. RESULTADOS		37
2.2. DISCUSIÓN.....		1
CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		5
3.1. CONCLUSIONES.....		5
3.2. RECOMENDACIONES		6
BIBLIOGRAFÍAS		7
ANEXOS		; Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan una de las principales causas de complicaciones graves y tasas de mortalidad tanto para las madres como para los recién nacidos, por lo que la atención prenatal está orientada mayormente en su detección y prevención (1). De tal manera, como profesionales de enfermería, se debe tener como objetivo de salud, el mejorar los resultados maternos y perinatales mediante la promoción de prácticas que estén basadas en la evidencia para reducir la incidencia y optimizar el manejo de los trastornos hipertensivos durante la etapa de gestación (2).

Los trastornos hipertensivos constituyen una de las cinco complicaciones habituales que pueden surgir durante el periodo de gestación, y tienen un impacto significativo en la salud materna y fetal a nivel global. La incidencia de estos trastornos puede variar ampliamente, oscilando entre el 1% y el 35% en diferentes regiones del mundo. Entre los factores de riesgo se incluyen antecedentes previos de trastornos hipertensivos en embarazos anteriores, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus, hipertensión preexistente, nuliparidad o multiparidad, edad materna avanzada y antecedentes de obesidad (3).

Los trastornos hipertensivos, constituyen un grupo de enfermedades clínicas que pueden interferir en la progresión del embarazo y, en algunos casos puede conducir a la muerte materna y fetal, por lo tanto, son patologías importantes que requieren cuidados específicos durante el embarazo (4). El espectro clínico de estas patologías

va desde un estado crónico, como la hipertensión arterial crónica, hasta la eclampsia, una disfunción cardioneural con convulsiones inminentes (5).

El papel del profesional de enfermería es esencial en la gestión de los trastornos hipertensivos, centrándose en la prevención, detección temprana y promoción de la salud, especialmente en lo que respecta a la prevención primaria (6). A través de actividades que abarcan la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación, el profesional de enfermería mejora la atención sanitaria al seguir las pautas respaldadas por la evidencia científica actual. La implementación de estrategias y procesos uniformes en el sistema de atención garantiza un enfoque coherente, con el objetivo de proporcionar una atención de alta calidad y mejorar la salud de la paciente (7).

Por lo tanto, es esencial contar con un equipo de profesionales capacitados para abordar las situaciones complicadas que surgen en pacientes con trastornos hipertensivos, que posean conocimientos sobre enfermedades crónicas y atención prioritaria. Además, el personal de enfermería debe estar familiarizado con todas las intervenciones y estrategias delineadas en las directrices y protocolos establecidos por las organizaciones de salud (8).

La ejecución de este estudio documental se justifica en la necesidad de que el personal de enfermería adquiera una comprensión detallada de las intervenciones requeridas para brindar atención directa a las pacientes embarazadas que han sido diagnosticadas con trastornos hipertensivos. Este trabajo se convierte en una

contribución de gran valor desde una perspectiva teórica, ya que tiene el potencial de impactar de manera significativa en la reducción de las tasas de mortalidad asociadas con los trastornos hipertensivos durante el embarazo.

Los profesionales de enfermería desempeñan un papel crucial al actuar ante trastornos, requiriendo sólidos conocimientos científicos sobre causas, fisiopatología, control y cuidados para prevenir riesgos materno-fetales (9). La reconocida importancia de estrategias preventivas es esencial para mejorar la calidad de vida de las pacientes y promover prácticas de salud basadas en protocolos establecidos (10). Su papel es vital para proporcionar atención informada y segura en situaciones de enfermedad, asegurando una mejoría relativa en la salud de las pacientes y previniendo complicaciones que puedan afectar la díada materno-fetal.

La relevancia académica de exponer este tema reside en su utilidad no solo para estudiantes, sino también para profesionales, al establecer una sólida base para futuras investigaciones y servir como referencia bibliográfica. Las principales beneficiarias son las gestantes, quienes recibirán intervenciones preventivas mejoradas y educación sobre trastornos hipertensivos y sus complicaciones. Esto les permitirá implementar estrategias que promuevan eficazmente la salud durante el embarazo, asegurando un bienestar óptimo en esta etapa crucial.

En virtud de lo cual, se formula el problema general: ¿Qué estrategias son utilizadas con efectividad en la gestación para evitar los trastornos hipertensivos? Una posible respuesta sería: la prevención, la concientización de las embarazadas en acudir mes a mes a sus controles prenatales, como manera de identificar de forma precoz las

complicaciones y, como problemas específicos, se tiene: ¿qué tipo de factores de riesgos favorecen la aparición de trastornos hipertensivos en las gestantes?; ¿Qué tipo de complicaciones se presentan en las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos que acuden a sus controles.

1. CAPITULO I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel internacional, en un artículo desarrollado en Australia, titulado “Prevención de trastornos hipertensivos basada en la evidencia” por Weraschnigg y Reddy (11), Se ha demostrado que la prescripción de aspirina en dosis bajas para pacientes de alto riesgo reduce el riesgo de trastornos hipertensivos. Se debe iniciar una dosis diaria de entre 100 y 150 mg por la noche antes de las 16 semanas de gestación y se puede continuar hasta el parto. La suplementación con calcio parece ser ventajosa, pero actualmente solo se considera para pacientes con ingesta dietética deficiente y alto riesgo de trastornos hipertensivos. Los datos recientes sobre la heparina aún son contradictorios y, por lo tanto, actualmente no se puede recomendar la heparina para la prevención de trastornos hipertensivos.

En Irán, en un artículo titulado “Efecto del autocuidado antes y durante el embarazo para la prevención y el control de trastornos hipertensivos en mujeres de alto riesgo”, desarrollado por Rasouli y Pourheidari (12) en el 2019, indican que es una revisión en la que el investigador buscó en las bases de datos disponibles, como PubMed, Cochrane, Medline, Google Scholar, Medscape, y se estudiaron investigaciones relevantes publicadas entre 1980 y 2017. Para buscar

artículos, primero se determinaron las palabras clave relevantes de Medical Subject Heading (Autocuidado, preeclampsia, prevención). Los resultados del estudio se clasificaron en dos categorías generales, incluida. Estrategias de consejería y tamizaje y estrategias de autocuidado para la prevención y control de trastornos hipertensivos en mujeres de alto riesgo. La detección de mujeres en riesgo incluye medidas como medir su presión arterial, verificar si hay signos de depresión, realizar pruebas de trombosis, tomar antecedentes de trastornos hipertensivos, brindar asesoramiento previo a la concepción sobre la edad apropiada, el momento del embarazo y alentar la pérdida de peso en mujeres obesas. Esta revisión mostró una relación positiva entre el conocimiento sobre el autocuidado de los trastornos hipertensivos y su control. Los elementos que impactan en la práctica del autocuidado abarcan la implementación de modificaciones en el modo de vida, la adopción de una alimentación saludable, la adquisición de habilidades para gestionar el estrés, la realización de ejercicios y actividades físicas, la ingesta de antioxidantes y suplementos dietéticos, el consumo de calcio, y el cumplimiento de los regímenes de aspirina y heparina. Se ha identificado una correlación positiva entre la orientación preconcepcional, el cribado en mujeres en situación de riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos, y el autocuidado destinado a la prevención.

A través de un artículo publicado en Brasil en el 2020 por Santos y Sousa (13), titulado “Procedimientos clínicos para la prevención de trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas: Una Revisión Sistemática”, con el objetivo de identificar

los procedimientos más efectivos recomendados para la prevención de trastornos hipertensivos. Se realizó una revisión sistemática, también se realizó una búsqueda manual para encontrar referencias adicionales. En total, se seleccionaron 12 artículos para la extracción de datos y la síntesis cualitativa. Este hecho confirma la eficacia de la aspirina cuando se administra a mujeres embarazadas con alto riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos cuando se inicia antes de la semana 16 de embarazo, preferiblemente entre las semanas 11 y 14. En cuanto a la dosis ideal, los estudios han administrado dosis entre 50 mg y 150 mg, y la mayoría sugiere que la dosis debe ser superior a 100 mg para lograr efectos satisfactorios. Al igual que la aspirina, el calcio es recomendado por sociedades internacionales y las dosis van desde 1,5 g a 2,0 g de calcio elemental al día para mujeres embarazadas que residen en áreas con baja ingesta dietética de calcio. Con base en los estudios incluidos en la presente revisión, la administración de aspirina se considera el mejor procedimiento para la prevención de trastornos hipertensivos en mujeres de alto riesgo, lo que corrobora los resultados de varios estudios publicados en los últimos años.

En Perú, a través de un trabajo titulado “Educación sanitaria en gestantes con riesgo de trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo” desarrollado por Taco (14) en el 2018, se llevó a cabo un estudio con el propósito de evaluar la efectividad de la educación sanitaria en mujeres embarazadas con riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, durante el período de marzo a julio

de 2018. Se seleccionó una muestra de 50 gestantes que se encontraban bajo cuidados obstétricos de alto riesgo debido a su predisposición a trastornos hipertensivos y que estuvieron dispuestas a participar en la investigación. A estas gestantes se les administró un cuestionario antes y después de la sesión de capacitación para evaluar sus conocimientos previos y posteriores al programa educativo. El estudio reveló que la educación sanitaria proporcionada en el Hospital Regional Docente Las Mercedes resultó en una mejora significativa en el nivel de conocimiento sobre los cuidados y la prevención de trastornos hipertensivos en las gestantes. Entre los factores de riesgo identificados se encontraron: el 36% de las gestantes tenían edades menores de 20 años o mayores de 31 años, el 24% eran primigestas, todas las gestantes tenían menos de 37 semanas de gestación y el 20% tenía antecedentes familiares de trastornos hipertensivos.

En un trabajo titulado “Rol de enfermería y su intervención en adolescentes embarazadas con trastornos hipertensivos en el Centro de Salud Urbano 2 de Mayo, El Empalme”, realizado por Cedeño (15) en el 2019 en la provincia del Guayas, con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento acerca de los trastornos hipertensivos en adolescentes embarazadas que asisten a consultas en el Centro de Salud 2 de Mayo, así como para analizar la función de la enfermería en este proceso. La metodología empleada se basó en un enfoque inductivo que permitió extraer conclusiones generales a partir de datos específicos. El estudio adoptó una modalidad mixta, combinando aspectos cualitativos y cuantitativos.

Los resultados revelaron que el 45% de las gestantes no sigue la medicación, el 50% ha asistido a solo 1 a 3 controles prenatales, el 63% afirmó tener un conocimiento limitado sobre el tema, y el 65% señaló que no ha recibido información sobre los trastornos hipertensivos, lo que lleva al 43% a indicar una falta de conocimiento. En resumen, el estudio concluye destacando la importancia de las estrategias de enfermería y su intervención en el cuidado de embarazadas. Se sugiere que el déficit de conocimiento puede abordarse mediante la implementación de charlas y proyectos educativos que enfatizan la relevancia de conocer los factores de riesgo.

En un trabajo llevado a cabo en el 2017 por Requielme (16), el cual se titula “Rol de enfermería según el modelo teórico de Dorothea Orem a gestantes con preeclampsia”, el propósito principal de este estudio es explorar el papel de los profesionales de enfermería en el contexto de pacientes con preeclampsia a través del marco teórico de Dorothea Orem. Este enfoque se centra en la práctica y el arte de la enfermería, con el objetivo de ayudar a los individuos a llevar a cabo las actividades de autocuidado que les permitan preservar su salud y recuperarse de enfermedades. El plan de intervención de enfermería, basado en el modelo teórico de Dorothea Orem, se convierte en una herramienta valiosa para orientar y facilitar la atención de enfermería a las pacientes diagnosticadas con preeclampsia. El personal de salud colabora activamente para reducir los signos y síntomas de la afección, mejorando así las condiciones de salud y abordando las

necesidades de autocuidado que influyen en la satisfacción de sus necesidades de rehabilitación y mantenimiento de la salud.

En una investigación titulada “Cuidado enfermero en pacientes con trastornos hipertensivos servicio de gineco-obstetricia Hospital Delfina Torres de Concha”, realizada en Ecuador desarrollada por Cruz (17) en el 2022, se llevó a cabo un estudio de naturaleza cuantitativa con un enfoque observacional y descriptivo, utilizando un diseño transversal no experimental. La muestra consistió en 52 profesionales de enfermería, excluyendo a aquellos que estaban de vacaciones o permisos, así como a aquellos que optaron por no participar en la investigación. La recopilación de datos se realizó mediante encuestas, y los datos recopilados se organizaron y analizaron utilizando el software SPSS. En cuanto a los resultados socio-laborales, se encontró que el 100% de los profesionales que trabajan en el servicio son mujeres, en su mayoría tienen entre 31 y 40 años de edad, el 95% se dedica a la ejecución de procesos, y prevalece la posesión de títulos de tercer nivel con una experiencia laboral de 1 a 5 años. Además, se observó que el 23.8% tiene un nivel de conocimiento que se ubica entre medio y deficiente. En lo que respecta al cumplimiento de las tareas de enfermería categorizadas por sistemas, se observó un nivel de cumplimiento más bajo, con un 73.8% y un 61.9% en los sistemas cardíacos y renales.

En un estudio titulado “Rol de enfermería en la atención a pacientes con trastornos hipertensivos” en el 2019 por Martínez y Núñez (18), se señala que los trastornos hipertensivos afectan exclusivamente a mujeres embarazadas a partir

de las 20 semanas de gestación, con consecuencias graves para la salud tanto de la madre como del feto, incluso poniendo en riesgo sus vidas. En este contexto, la intervención de enfermería y de otros profesionales de salud es de suma importancia, ya que las acciones principales deben centrarse en preservar la vida. Por lo tanto, es esencial reconocer el papel que los enfermeros desempeñan en el manejo de esta patología. Este estudio es de naturaleza documental y se basa en una revisión bibliográfica relacionada con el tema planteado. Se aborda desde una perspectiva cualitativa y se utiliza un enfoque deductivo en su desarrollo. Como conclusión, se destaca que los roles que el personal de enfermería debe desempeñar en la atención de pacientes con trastornos hipertensivos incluyen la provisión de cuidados directos y la función educativa en la implementación de estrategias para prevenir complicaciones asociadas a esta enfermedad.

1.2. 1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Trastornos hipertensivos

Se considera hipertensión en el embarazo cuando la paciente manifiesta presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg confirmada de forma repetitiva y con un mínimo de 5 minutos en reposo o durante un seguimiento de 24 horas (19). El hallazgo de dos registros iguales o superiores con un lapso de diferencia entre 4-6 horas confirma el diagnóstico después de la semana 20. La sola presencia de aumento mayor de 30

mmHg en la presión sistólica o de 15 en la diastólica sobre las cifras tensionales basales pueden ser significativas, pero al momento no hay evidencia que sustente este aumento (20).

Etiología

A lo largo de los años, se han formulado diversas teorías explicativas, como la isquemia uteroplacentaria, las alteraciones en el sistema inmunológico y la toxicidad de las lipoproteínas de baja densidad. También se ha explorado el componente genético, identificándose alrededor de 400 marcadores genéticos relacionados con los trastornos hipertensivos, así como procesos como la apoptosis y necrosis celular, una respuesta inflamatoria excesiva, que puede deberse a la expulsión de trofoblastos o un desequilibrio en los factores angiogénicos en el contexto de la preeclampsia (21).

Clasificación de los trastornos hipertensivos

Los trastornos hipertensivos se dividen en tres categorías: la hipertensión crónica, que se manifiesta como una presión arterial elevada (PA) antes de la semana 20 de embarazo y persiste después del parto; la hipertensión gestacional, caracterizada por una PA $\geq 140/90$ mmHg después de las 20 semanas de gestación y que retorna a valores normales durante las primeras seis semanas posparto; y la hipertensión prenatal no clasificable, que surge cuando la información clínica de

la paciente es insuficiente o cuando se diagnostica después de las 20 semanas de gestación.

La preeclampsia es un síndrome que se manifiesta en la segunda mitad del embarazo y se caracteriza por la hipertensión gestacional (HG) acompañada de al menos una de las siguientes anomalías: presencia de proteínas en la orina en cantidades mayores a 0,3 g en 24 horas, lesión renal aguda con niveles de creatinina superiores a 1,1 mg/dl, alteración en la función hepática (aumento en las enzimas hepáticas al menos el doble de lo normal) (22), dolor en la parte superior derecha del abdomen o dolor epigástrico sin una causa aparente, trastornos neurológicos, problemas visuales, trastornos hematológicos o cefalea de inicio reciente que no mejora con analgésicos y que está acompañada de edema pulmonar.

La eclampsia, por otro lado, se caracteriza por la presencia de preeclampsia junto con episodios de convulsiones tónico-clónicas, que pueden ocurrir antes, durante o después del parto, sin la existencia de otras condiciones que las provoquen. En algunos casos, la eclampsia puede presentar síntomas previos como cefalea frontal, visión borrosa, fotofobia y alteraciones en el estado mental (21).

Factores de riesgo de la embarazada

Uno de los factores de riesgo notables es la cantidad de embarazos previos. Esta información se utiliza para evaluar el riesgo obstétrico y las posibles complicaciones durante el parto o el periodo posparto. De acuerdo con la

investigación documental realizada en otros estudios, se ha observado que el primer embarazo está asociado con complicaciones obstétricas. Esto se debe a que en la primera exposición a antígenos paternos y fetales que son extraños para la placenta, se desencadena una reacción inmunológica que contribuye a la aparición de dichos trastornos (23).

La importancia de la atención médica y los exámenes prenatales es innegable, ya que están relacionados con resultados más favorables durante el embarazo, especialmente en la reducción de riesgos de que el neonato nazca con bajo peso al nacer (24). Por lo tanto, se consideran como las estrategias más efectivas para minimizar las complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido. En este sentido, es esencial revisar y evaluar los controles médicos previos realizados por la paciente, con el fin de comprender la calidad y el seguimiento de su atención médica.

Antecedentes patológicos

Dentro de los antecedentes médicos se incluye la presencia de Diabetes mellitus, la cual puede ocasionar problemas microangiopáticos y, en general, conlleva un aumento en el estrés oxidativo y en el daño al revestimiento de los vasos sanguíneos. Todos estos factores pueden influir en la adecuada circulación sanguínea entre el útero y la placenta, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos hipertensivos. De hecho, estos trastornos son aproximadamente 10 veces más comunes en pacientes que tienen esta enfermedad.

Además, se ha observado que la diabetes gestacional se relaciona con frecuencia con la preeclampsia, aunque aún no se ha encontrado una explicación satisfactoria para esta asociación (25).

La resistencia a la insulina es un tema de interés reciente en relación con la preeclampsia. Sin embargo, es importante destacar que el propio embarazo lleva consigo una disminución de la sensibilidad a la insulina, lo que hace complicado determinar en qué punto la resistencia a la insulina se convierte en anormal durante la gestación (26). Cuando hay un estado de hiperinsulinemia, se produce una mayor actividad del sistema nervioso simpático y un aumento en la retención de sodio y agua por parte de los riñones, esto último debido a la acción directa de la insulina sobre la excreción de sodio, lo que puede contribuir al aumento de la presión arterial durante el embarazo (25).

La obesidad presenta una doble relación con la hipertensión arterial. Por un lado, se asocia frecuentemente con la hipertensión, y por otro lado, conlleva una expansión excesiva del volumen de sangre y un aumento desproporcionado en la cantidad de sangre que el corazón bombea, esto último necesario para satisfacer las mayores demandas metabólicas que la obesidad impone al cuerpo. Estos factores contribuyen de forma intrínseca al aumento de la presión arterial (27). Además, las células de grasa, llamadas adipocitos, liberan citoquinas, en particular, el factor de necrosis tumoral alfa ($\text{FNT}\alpha$), que dañan los vasos sanguíneos, exacerbando el estrés oxidativo, un fenómeno que también desempeña un papel en el desarrollo de la preeclampsia (28).

La enfermedad renal crónica, también conocida como nefropatía, puede contribuir al desarrollo de trastornos hipertensivos durante el embarazo a través de varios mecanismos. Algunas nefropatías, como la nefropatía diabética y la nefroangioesclerosis asociada a la hipertensión arterial, están vinculadas a procesos médicos como la diabetes mellitus y la hipertensión (29). En estos casos, la placentación anormal puede ocurrir debido a que los vasos sanguíneos en todo el cuerpo, incluyendo los uterinos, se ven afectados en conjunto con los vasos renales (30). Además, en las enfermedades renales que provocan un daño significativo en los riñones, es común que se desarrolle hipertensión arterial. Como se mencionó previamente, la presencia de hipertensión en una mujer embarazada puede aumentar el riesgo de padecer trastornos hipertensivos durante la gestación (31).

Los hábitos perjudiciales también desempeñan un papel importante en este contexto. La preocupación radica en que cada vez más personas comienzan a consumir alcohol o sustancias a edades más tempranas. En ausencia de orientación o información adecuada para las mujeres, existe el riesgo de que continúen consumiendo estas sustancias durante el embarazo, lo que puede ocasionar graves problemas tanto para la madre como para el feto (32). Esto se debe a que estas sustancias tienen un efecto estimulante en el sistema nervioso central, actuando como anestésicos locales y reduciendo el calibre de los vasos sanguíneos, lo que a su vez puede dar lugar a la hipertensión arterial y aumentar el riesgo de preeclampsia (33).

Manifestaciones clínicas

La primera señal que se nota comúnmente es un aumento en la presión arterial, que generalmente no causa síntomas y se detecta durante las revisiones prenatales. Esta elevación puede ser de grado leve o moderado y, en su mayoría, no supera los valores de 160/110 mmHg (34). No se considera la hinchazón como un elemento de diagnóstico para los trastornos relacionados con la hipertensión, ya que es bastante común durante el embarazo normal. No obstante, la rápida aparición de una hinchazón generalizada suele ser inusual (35).

Otras manifestaciones habituales que a menudo se hacen evidentes incluyen dolores de cabeza, visión borrosa y dolor abdominal. Es importante destacar que los problemas hepáticos por lo general no presentan síntomas evidentes, pero en ocasiones pueden manifestarse con vómitos, náuseas, dolor en la parte superior del abdomen, molestias en el lado derecho del abdomen e ictericia. Sin embargo, esto ocurre con menos frecuencia y generalmente se asocia con la distensión de la cápsula de Glisson (36).

Una de las complicaciones maternas que puede surgir son las lesiones en órganos específicos. Es probable que la inadecuada reducción de la presión arterial sea la principal causa de la mayor afectación en estos órganos, lo que resulta en un aumento de la morbilidad y mortalidad tanto cardiovascular como extracardíaca en individuos con hipertensión arterial no controlada. Por

consiguiente, el tratamiento de estos pacientes debe contemplar un enfoque terapéutico que incluya el uso de múltiples medicamentos (37).

La hemorragia representa la principal emergencia obstétrica y conlleva un alto riesgo para la vida tanto de la madre como del niño. Se estima que el 50% de estos casos resulta en aborto, mientras que los restantes presentan un mayor riesgo de complicaciones como placenta previa, abrupción de placenta, rotura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer (38).

El coma es un estado prolongado de pérdida de conciencia que puede originarse por diversas razones, como, por ejemplo, la disminución de la presión sanguínea, donde la insuficiencia de flujo sanguíneo hacia el cerebro debido a la presión arterial baja puede dar lugar a la manifestación de un coma. Cabe destacar que esta probabilidad es notablemente mayor en individuos con hipertensión arterial crónica (39).

En cuanto al hematoma retroplacentario, se trata del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente ubicada (DPPNI), ya sea de forma parcial o total. Este hematoma, que se forma entre la base de la placenta y el revestimiento uterino, puede interrumpir en cierta medida los intercambios entre la madre y el feto, provocando problemas circulatorios, alteraciones en la coagulación y sufrimiento fetal agudo de variada intensidad (40).

Dentro de las complicaciones perinatales, es posible mencionar la prematuridad, donde los bebés prematuros se clasifican en subcategorías según su

edad gestacional, como prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (de 28 a 32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (de 32 a 37 semanas) (41). La edad gestacional promedio de nuestra muestra (37,1 semanas) se acerca mucho al límite del embarazo pretérmino. Esta similitud podría explicarse por el hecho de que los trastornos hipertensivos representan una de las principales causas de prematuridad; de hecho, la edad gestacional media de los subgrupos de preeclampsia e hipertensión arterial crónica con preeclampsia superpuesta corresponde a la de recién nacidos prematuros (42).

El bajo peso al nacer, es otra complicación que se refiere a un peso inferior a 2.500 gramos al momento del nacimiento, sin importar la duración del embarazo. La hipertensión arterial crónica se encuentra entre las principales causas de este fenómeno, y tanto la condición en sí como los medicamentos requeridos para su control pueden afectar al producto de la gestación. Por otro lado, el crecimiento intrauterino también se ve influenciado por los trastornos hipertensivos y los fármacos utilizados para tratarlos, resultando en un retraso del crecimiento similar al bajo peso al nacer. Además, trastornos como la preeclampsia aumentan el riesgo de complicaciones perinatales, incluyendo una mayor incidencia de sufrimiento fetal y crecimiento intrauterino retardado (43).

En los casos de trastornos hipertensivos, es importante destacar que las células del citotrofoblasto no logran penetrar el segmento miometrial, y las arterias espirales permanecen estrechas, lo que conduce a una disminución del flujo sanguíneo en la placenta. Este problema se vincula con la muerte fetal en el

segundo trimestre (44). Según datos de la UNICEF, el 84% de las muertes fetales ocurren en países con bajos ingresos y en naciones con ingresos medios bajos. La mayoría de estos casos podrían prevenirse mediante un adecuado seguimiento, una atención prenatal de calidad y la presencia de una partera cualificada (45).

Prevención de enfermería en trastornos hipertensivos

Virginia Henderson afirma que la única responsabilidad del personal de enfermería es asistir al individuo, ya sea sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyan a su bienestar o recuperación (o a una transición tranquila hacia la muerte), y que él o ella llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios (46). Su enfoque se centra en facilitar la independencia del individuo lo más pronto posible y se basa en atender las 14 necesidades esenciales que este tiene. Entre estas necesidades se incluye la de aprender, explorar o satisfacer una curiosidad personal, la cual resulta especialmente relevante durante el embarazo para promover el autocuidado y prevenir complicaciones o mortalidad en este grupo de población (47).

Es importante resaltar que se identifican distintos niveles de prevención. En particular, la prevención primaria presenta dificultades dado que sus causas no están completamente comprendidas y no es sencillo influir en los factores asociados de manera directa. Se han investigado y evaluado diversas intervenciones con el fin de prevenir estos trastornos hipertensivos (48). La planificación familiar surge como una estrategia eficaz de prevención primaria al

permitir evitar, posponer y espaciar los embarazos, lo que resulta en una efectiva eliminación del riesgo de padecer estas afecciones. Por otro lado, abordar la obesidad antes de la concepción se presenta como una intervención pre-conceptiva eficaz. No obstante, la administración de suplementos de calcio y la ingestión de bajas dosis de aspirina emergen como la estrategia con el mayor potencial como punto focal para la salud pública en la reducción de los trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas (47).

Durante la atención prenatal, se sugiere lo siguiente: En el caso de detectarse riesgo de trastorno hipertensivo, prematuridad o restricción del crecimiento intrauterino durante la evaluación, se debe realizar una interconsulta en las semanas 18, 24 y 26, con una reevaluación en las semanas 30 y 32. Si existe riesgo de algún trastorno hipertensivo, se debe realizar un perfil de hipertensión y hepático en cada uno de los controles mencionados previamente (48).

Se recomienda llevar a cabo una evaluación por parte de medicina interna, nutrición y otras especialidades antes de las 18 semanas, con el fin de establecer un plan de conducta y tratamiento. En caso de riesgo de restricción del crecimiento intrauterino o preeclampsia, se debe indicar aspirina a dosis bajas antes de las 16 semanas, así como la administración de carbonato de calcio. Si una paciente presenta cifras de tensión arterial superiores a 140/90 mmHg después de las 20 semanas, se debe proceder a su ingreso para estudio y evaluación, determinando si continúa el seguimiento de forma ambulatoria en consulta del hospital, se

ingresa en un hogar materno o se mantiene hospitalizada al confirmarse el diagnóstico de preeclampsia (49).

La prevención secundaria se enfoca en identificar tempranamente los trastornos hipertensivos, es decir, antes de que los síntomas clínicos se manifiesten, permitiendo así intervenciones que mejoren los resultados tanto para la madre como para el bebé (50). La evaluación regular de todas las mujeres embarazadas constituye la única forma de detectar este tipo de trastornos, ya que no existen pruebas confiables o síntomas que permitan prever quiénes desarrollarán estos problemas (51). La evidencia respalda dos métodos para su detección: la medición de la presión arterial y la evaluación de los niveles de proteína en la orina. Dado que la presencia de proteinuria es poco común en mujeres que están desarrollando trastornos hipertensivos antes de que la presión arterial diastólica se eleve, las directrices de la Organización Mundial de la Salud enfocan su atención en la historia clínica y las mediciones de la presión arterial (49).

En lo que respecta a la prevención terciaria, una vez que se ha diagnosticado el trastorno hipertensivo, el abordaje se centra principalmente en cuatro intervenciones fundamentadas en la evidencia: la terapia anticonvulsiva, el tratamiento antihipertensivo (52), la monitorización cuidadosa de la paciente y la determinación adecuada del momento para el parto. El manejo del trastorno hipertensivo implica llevar a cabo mediciones regulares de la presión arterial y del contenido urinario, así como vigilar de cerca a la mujer para detectar posibles

indicios de progresión de la enfermedad. No se recomienda el uso de diuréticos, anticonvulsivos o antihipertensivos para tratar este tipo de trastornos (53).

En el escenario de un parto vaginal, se deben tener en cuenta las siguientes medidas:

- Continuar con la administración de sulfato de magnesio y el tratamiento con hipotensores de acuerdo con el protocolo establecido.
- En caso de que el parto sea instrumentado, haya sangrado posparto o sea necesario realizar una revisión de la cavidad, se debe administrar un antibiótico según las pautas protocolizadas.
- Seguir el protocolo de tromboprolifaxis de acuerdo a lo establecido.
- Realizar una monitorización durante las primeras 24 horas tras el parto.
- En caso de descompensación de la presión arterial, se deben administrar hipotensores según sea necesario.
- En situaciones de casos graves, se deben llevar a cabo exámenes complementarios para una evaluación más exhaustiva(49).

En el caso de una cesárea, se recomienda llevar a cabo las siguientes medidas:

- Se debe administrar hidratación, calculando una tasa de 100 a 125 mL/h durante un período de 24 horas, considerando tanto los líquidos de los medicamentos como el sulfato de magnesio. Después de este lapso de tiempo, se procede al traslado a la sala de cuidados especiales perinatales.

- El esquema de administración del sulfato de magnesio varía según la gravedad del caso, siendo aplicado entre las 24 y 48 horas posteriores a la cesárea. Se recomienda monitorear la diuresis de manera horaria durante un total de 48 horas.
- La administración de antibióticos profilácticos debe realizarse de acuerdo a las pautas establecidas en el protocolo (54). En situaciones de casos graves, se deben realizar exámenes complementarios y repetirlos entre 24 y 48 horas en función de los resultados obtenidos. Si los resultados se mantienen dentro de los rangos normales a las 48 horas, no es necesario repetir los exámenes. Esto incluye la realización de gasometría e ionograma.
- En el caso de que la diuresis sea menor a 30 mL/h, se recomienda administrar 500 mL de solución salina al 0,9 %. Si esta situación persiste en el posparto, se debe repetir la administración de 500 mL de solución salina al 0,9 %. Si la condición persiste, se debe considerar la posibilidad de hemorragia y proceder a una transfusión. En este contexto, se debe mantener un criterio de vigilancia hemodinámica para determinar la necesidad de reposición de volumen (49).

1.3. ESTUDIOS APLICADOS EN CONTEXTOS DISTINTOS

En investigaciones como la llevada a cabo por Puig y Zapata (55), en el año 2021, se enfocó en identificar las perspectivas de los cuidados de enfermería en casos de embarazo de alto riesgo, subrayando el papel crucial de la enfermería en

este contexto. A través de un enfoque descriptivo y el análisis de fuentes bibliográficas, se señaló que a nivel global existe una elevada incidencia de embarazos de alto riesgo, siendo influenciados por variables como condiciones médicas previas, el consumo de sustancias prohibidas, así como factores psicosociales que incluyen la falta de conocimiento acerca de los riesgos prevenibles mediante la educación. Otros aspectos destacados son la alta tasa de embarazos en adolescentes y la escasa realización de controles prenatales. Por lo tanto, la enfermería desempeña un papel crucial al proporcionar atención de alta calidad a las gestantes, prestando especial atención a los síntomas y signos de alerta. En términos de prevención, tratamiento y rehabilitación, la participación del personal de enfermería es esencial para prevenir las muertes maternas y perinatales asociadas a diversas patologías que califican un embarazo como de alto riesgo.

En un estudio realizado por Paz (56) en el 2017, se buscó comprender los aspectos fundamentales de la gestión de enfermería en casos de embarazo de alto riesgo, así como examinar los factores desencadenantes de riesgo y sus posibles complicaciones. Se identificaron áreas críticas donde la atención enfermera es esencial y vital: control prenatal, atención hospitalaria, apoyo psicológico y seguimiento post-alta. Tras analizar las necesidades de las mujeres con embarazos de alto riesgo, se destaca la importancia de contar con personal de enfermería altamente especializado. Por consiguiente, se sugiere promover la investigación

en este campo, establecer pautas específicas para el cuidado enfermero, unificar criterios de atención y fortalecer la formación en obstetricia y ginecología.

En su artículo publicado en 2017, Bermejo (57) se propuso identificar las necesidades percibidas por las mujeres embarazadas con preeclampsia y examinar el rol del personal de enfermería en su atención. A través de una revisión bibliográfica, se observó que estas mujeres experimentan sentimientos de ansiedad, impotencia y miedo debido a la falta de control sobre la condición y la percepción de un elevado riesgo tanto para su propia salud como para la del feto. En ocasiones, también expresan carencia de información acerca de la enfermedad y preparación para afrontarla. Se evidencia que la atención temprana, regular y comprensiva se relaciona con un menor riesgo de complicaciones y mortalidad tanto para la madre como para el feto. En resumen, la atención de enfermería debe priorizar los aspectos biopsicosociales y las necesidades individuales. Los cuidados deben dirigirse hacia el seguimiento regular, la detección temprana de complicaciones potenciales, la atención emocional, la implementación de intervenciones educativas, la promoción del autocuidado y el fortalecimiento de las redes de apoyo, tanto familiares como sociales.

1.4. 1.4. DEFINICIONES BÁSICAS

- **Antígenos fetales:** desempeñan un papel fundamental en la inserción y desarrollo del feto semialogénico, así como en la defensa del feto contra la respuesta citotóxica de la madre.

- **Apoptosis:** tipo de finalización celular en el que una serie de mecanismos moleculares dentro de la célula culminan en su fallecimiento.
- **Cápsula de Glisson:** hace referencia a una envoltura fibrosa compuesta principalmente de colágeno que envuelve la superficie externa del hígado.
- **Crecimiento intrauterino:** es un proceso intrincado mediante el cual a partir de una célula única se desarrolla un organismo pluricelular con tejidos y órganos completamente especializados.
- **Estado hiperinsulinémico:** se refiere a una condición en la cual la cantidad de insulina en la sangre es superior a los niveles considerados normales.
- **Heparina:** para evitar la formación de coágulos sanguíneos en personas que tienen ciertas condiciones médicas o que se someten a procedimientos que incrementan el riesgo de coagulación.
- **Hiperactividad simpática:** emergencia neurológica con riesgo de mortalidad que surge como resultado de diversas lesiones cerebrales agudas adquiridas.
- **Isquemia útero-placentaria:** se caracteriza por un aumento en la producción de renina en el útero debido a la falta de irrigación sanguínea adecuada. Además, las membranas fetales cuentan con un sistema funcional de renina-angiotensina.
- **Necrosis celular:** implica la ruptura de la membrana citoplasmática, lo que resulta en la liberación del contenido intracelular y desencadena una respuesta inflamatoria localizada.

- **Suplementación:** incorporación de sustancias nutricionales adicionales a la dieta habitual.
- **Tamizaje:** realización de pruebas destinadas a la detección de trastornos metabólicos, genéticos y del desarrollo en recién nacidos.

2. CAPITULO II. PRODUCCION INTERPRETATIVA

2.1. Metodología

La metodología empleada en este estudio es de naturaleza descriptiva. En términos simples, su enfoque se orienta hacia la evaluación del nivel de conocimiento acerca de la variable bajo análisis en un grupo poblacional específico. Se llevó a cabo una investigación sistemática con el propósito de analizar en profundidad las estrategias de prevención que emplea la enfermería en relación a los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en mujeres gestantes. Con ese fin, se recopiló información pertinente de los últimos 5 años, seleccionada cuidadosamente para abordar las variables de interés de manera efectiva.

2.2. Métodos

Para llevar a cabo la tarea de identificación de documentos, se emplearon diversas plataformas, incluyendo PubMed, SCOPUS, Redalyc, Scielo y Dialnet. Se estableció como criterio de selección el uso de documentos con un máximo de 5 años de antigüedad, centrados en el tema de las estrategias de prevención de

enfermería en trastornos hipertensivos. Además, se recurrió a los descriptores en ciencias de la salud DeCS y MeSH, junto con las palabras clave: "prevention strategies", "nursing", "hypertensive disorders", "pregnant", en combinación con operadores booleanos "AND" y "OR", para optimizar la búsqueda y obtener resultados exhaustivos y pertinentes.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

En el proceso de selección, se incorporaron artículos originales que mantuvieran un alto nivel de calidad científica, centrándose en las estrategias de prevención de enfermería en trastornos hipertensivos. Para garantizar la coherencia y relevancia, se excluyeron disertaciones, monografías, trabajos de doctorado, pregrado y posgrado, así como duplicados y trabajos sin referencias sólidas, además de aquellos publicados fuera del período de inclusión.

2.4. Procedimientos

Los datos están basados en fuentes científicas como Pubmed, Scopus, Redalyc, Scielo, Dialnet. Se organizaron en los siguientes cuadros en el programa de Excel. Luego se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para eliminar las referencias duplicadas. Se revisaron los resúmenes y títulos de los artículos científicos y se seleccionaron aquellos que cumplían con los criterios establecidos.

Plan de análisis Se utilizó una hoja de cálculo a partir del paquete Office para comparar los resultados de los estudios que cumplían con los criterios de inclusión y analizar la base científica, título del artículo, autor y año, objetivo, metodología, y resultados.

2.5. 2.1. RESULTADOS

Síntesis de estudios para genera una revisión bibliográfica

Autor y año	Propósito	Muestra	Medición	Intervención	Resultados	Hallazgos
Santos y Sousa 2020	Identificar los procedimientos más efectivos recomendados para la prevención de trastornos hipertensivos	12 artículos	Revisión bibliográfica	Revisión sistemática, también se realizó una búsqueda manual para encontrar referencias adicionales	Este hecho confirma la eficacia de la aspirina cuando se administra a mujeres embarazadas con alto riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos cuando se inicia antes de la semana 16 de embarazo. Al igual que la aspirina, el calcio es recomendado por sociedades internacionales y las dosis van desde 1,5 g a 2,0 g de calcio elemental al día para mujeres embarazadas que residen en áreas con baja ingesta dietética de calcio.	En respuesta a la pregunta del problema general, sobre ¿Qué estrategias son utilizadas con efectividad en la gestación para evitar los trastornos hipertensivos? , a través de la revisión de este artículo se establece que la administración de aspirina se considera el mejor procedimiento para la prevención de trastornos hipertensivos en mujeres de alto

						riesgo, lo que corrobora los resultados de varios estudios publicados en los últimos años.
Taco 2018	Determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de trastornos hipertensivos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo	50 gestantes	Estudio descriptivo y transversal	Se aplicó un cuestionario de preguntas antes y después de la capacitación, para conocer el nivel de conocimientos previos y posteriores a la misma.	Entre los factores de riesgo identificados, fueron: 36% de las gestantes en edad menor a 20 y mayor a 31 años, 24% de primigestas, 100% con menos de 37 semanas de gestación y 20% con antecedentes heredofamiliares de trastornos hipertensivos.	Se estableció que la educación sanitaria impartida mediante una investigación descriptiva realizado en el Hospital Regional Docente, mejoró sustantivamente el conocimiento sobre cuidados y prevención.
Martínez y Núñez 2019	Determinar el rol de enfermería en la atención a pacientes con trastornos hipertensivos	20 artículos	Revisión bibliográfica	Enfoque cuantitativo y deductivo	Según las referencias de investigaciones, coinciden en que el personal de enfermería desarrolla roles enfocados en el cuidado directo y en la prevención impartida a través de la	Los roles que deben ser aplicados por el personal de enfermería en la atención a pacientes con trastornos hipertensivos son el

					educación. Es decir que se encarga de realizar la captación de pacientes con preeclampsia a través del control adecuado de la presión arterial, ayuda en el autocuidado y proporciona un ambiente adecuado a la paciente.	asistencial en la prestación de cuidados directos y el educador en la utilización de mecanismos para la prevención de complicaciones relacionadas con la patología.
Cruz 2022	Determinar el Cuidado enfermero en pacientes con trastornos hipertensivos servicio de gineco-obstetricia Hospital Delfina Torres de Concha	52 profesionales de enfermería	Tipo cuantitativo con enfoque observacional-descriptivo y de corte transversal-no experimental	La fuente de recolección de datos fue la encuesta y los datos obtenidos de la misma fueron tabulados por el programa SPSS.	El 100% de profesionales que laboran en el servicio es de sexo femenino, en una edad de 31 y 40 años, el 95 % son ejecutoras de procesos y predomina el título de tercer nivel con 1 a 5 años de experiencia. El 23.8% tiene un nivel de conocimiento entre medio y deficiente.	Los cumplimiento del cuidado de enfermería clasificado por sistemas, se evidencia un menor nivel de cumplimiento con un 73,8% y 61.9%. en los sistemas cardiacos y renales.
Rasouli y Pourheidari	Determinar el efecto del autocuidado	70 artículos	Revisión bibliográfica	Revisión de investigaciones relevantes	Los resultados del estudio se clasificaron en dos categorías generales,	Esta revisión mostró una relación positiva entre el

2019	antes y durante el embarazo para la prevención y el control de trastornos hipertensivos en mujeres de alto riesgo			publicadas entre 1980 y 2017	incluida. Estrategias de consejería y tamizaje y estrategias de autocuidado para la prevención y control de trastornos hipertensivos en mujeres de alto riesgo. La detección de mujeres en riesgo incluye medidas como medir su presión arterial, verificar si hay signos de depresión, realizar pruebas de trombosis, tomar antecedentes de trastornos hipertensivos, brindar asesoramiento previo a la concepción sobre la edad apropiada, el momento del embarazo y alentar la pérdida de peso en mujeres obesas.	conocimiento sobre el autocuidado de los trastornos hipertensivos y su control. Los factores que influyen en el autocuidado incluyen hacer cambios en el estilo de vida, tener una dieta saludable, aprender a controlar el estrés, realizar ejercicio y actividades físicas, tomar antioxidantes, suplementos dietéticos y calcio y la adherencia a los regímenes de aspirina y heparina.
Cedeño 2019	Determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos	40 gestantes	Enfoque Modalidad mixta (cualicuantitativa)	Cuestionario estructurado de la	Entre los resultados indica que el 45% de las gestantes no toma la medicación, el 50% solo ha acudido de 1 a	Las estrategias de enfermería y su intervención en embarazadas es

	hipertensivos en adolescentes embarazadas que acuden a consulta al centro de salud 2 de Mayo y la intervención de enfermería en este proceso			información de historias clínicas	3 controles prenatales, el 63% señaló no tener conocimiento, el 65% afirmó no haber recibido charlas sobre trastornos hipertensivos, por lo que el 43% señala no tener conocimiento.	importante, el déficit de conocimiento que tienen se puede erradicar a través de implementación de charlas y proyectos, en los cuales se proporcione la importancia que tiene sobre conocer los factores de riesgos
González, Reyes, Camacho, Gutiérrez, Perea y Suárez 2019	Identificar los factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos, en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de salud	51 gestantes	Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo	Revisión de historias clínicas	La distribución por edad se ubicó en el rango 26 a 34 años (54.8%), los factores de riesgos presentes fueron: bajo peso (45.0%), no asistencia a controles prenatales (11,8%), multiparidad (56.9%), nivel socioeconómico medio-alto (45.1), antecedentes familiares relacionados con alteración hipertensiva de la madre (39.2%),	En respuesta a la pregunta ¿qué tipo de factores de riesgos favorecen la aparición de trastornos hipertensivos en las gestantes? , se pudo determinar que entre los factores de riesgo que se presentan frecuentemente, se destaca el consumo de alcohol,

					antecedentes personales patológicos de infecciones urinarias (83.3%) y consumo de alcohol (58.8%).	multiparidad y antecedentes familiares, mientras que el nivel significativo de asistencia a controles prenatales, no evitó la aparición del trastorno hipertensivo
Khedagi, Bello 2022	Describir los trastornos hipertensivos del embarazo	60 artículos	Revisión bibliográfica	Revisión documental	Consideran los siguientes factores de riesgo moderado: primer embarazo, índice de masa corporal superior a 30 kg/m ² , antecedentes familiares de preeclampsia y edad mayor o igual a 35 años, además del nivel socioeconómico bajo, raza negra, antecedentes de bajo peso al nacer y antecedentes de resultados adversos del embarazo son	En respuesta a la misma pregunta, los factores de riesgo, requieren una atención especial durante el proceso gestacional. Estos elementos no solo aumentan la probabilidad de complicaciones, sino que también subrayan la importancia de una monitorización y manejo cuidadoso

					factores de riesgo moderado.	por parte del equipo de atención médica.
Hinkosa, Tamene, Gebeyehu 2020	Determinar los factores de riesgo asociados con trastornos hipertensivos en el embarazo	3826 registros de partos	Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo	Revisión de historias clínicas	Entre 199 mujeres, 153 (76,9%) tenían preeclampsia/eclampsia, de edad eran mayores a 35 años, de zona residencial rural, primípara, con historia positiva de aborto, falta de seguimiento de la atención prenatal, antecedentes familiares positivos de hipertensión y antecedentes positivos de diabetes mellitus fueron factores de riesgo para trastornos hipertensivos durante el embarazo.	Así mismo, estos hallazgos responden a la pregunta sobre los factores de riesgo, destacando la edad materna mayor de 35 años, la residencia en zonas rurales, la primiparidad, antecedentes de aborto, falta de seguimiento adecuado en la atención prenatal, antecedentes familiares positivos de hipertensión y antecedentes personales de diabetes mellitus. Estos hallazgos resaltan la importancia de la

						identificación temprana de estos factores de riesgo y el monitoreo cuidadoso de las mujeres embarazadas que presentan estas características.
Getnet, Melaku, Assen 2019	Evaluar los resultados maternos y perinatales de los embarazos complicados por la hipertensión en Etiopía.	13 artículos	Revisión bibliográfica	Revisión documental	Se informaron otras complicaciones como edema pulmonar, lesión renal, lesión hepática, desprendimiento de placenta y neumonía por aspiración. Se observó muerte perinatal en una cuarta parte de las mujeres con HDP 25% (IC 95%: 18, 32%). La prevalencia agrupada de recién nacidos con bajo peso al nacer en una mujer con HDP es del 37 % (IC del 95 %, 27, 48 %).	En respuesta de la pregunta ¿qué tipo de complicaciones se presentan en las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos que acuden a sus controles? , el artículo indica que e han observado complicaciones adicionales como edema pulmonar, lesiones renales y hepáticas, desprendimiento de

						<p>placenta y neumonía por aspiración. Uno de los hallazgos más preocupantes es la alta tasa de muerte perinatal, que afecta a aproximadamente una cuarta parte de las mujeres con trastornos hipertensivos en el embarazo.</p> <p>Asimismo, la prevalencia de recién nacidos con bajo peso al nacer es significativamente elevada en este grupo de mujeres, lo que subraya la importancia de una detección temprana y una gestión adecuada de estos trastornos para prevenir y</p>
--	--	--	--	--	--	---

						minimizar estas complicaciones.
Nisa, Shakih, Kumar 2019	Analizar los resultados maternos y fetales de los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo en un hospital	112 mujeres	Estudio observacional retrospectivo	Revisión de historias clínicas	Entre las mujeres que desarrollaron una o más complicaciones durante o después del parto, la hemorragia posparto (HPP) fue la más frecuente (31/112; 27,6%). La mayoría de las mujeres con HPP eran preeclámpticas o eclámpticas. Después de la HPP, el desprendimiento de placenta fue la segunda complicación materna más frecuente (19/112; 16,9%). La mayoría de las mujeres que desarrollaron desprendimiento de placenta tenían PIH.	En continuidad con la pregunta de investigación, este artículo señala que la hemorragia posparto (HPP) se destacó como la complicación más común, afectando a casi un tercio de las mujeres con trastornos hipertensivos. Es notable que la mayoría de las mujeres con HPP también presentaban preeclampsia o eclampsia. Seguida de cerca, el desprendimiento de placenta se presentó como la segunda complicación

						materna más frecuente.
Mateo, Devanesan, Sreedevi 2023	Estimar la prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo, sus factores de riesgo asociados y las complicaciones del embarazo en mujeres primíparas .	807 mujeres	Estudio observacional retrospectivo	Revisión de historias clínicas	Todas las complicaciones maternas de los trastornos hipertensivos del embarazo estudiados en las mujeres, como desprendimiento de placenta ($p < 0,001$), hemorragia posparto ($p < 0,001$), trombocitopenia/coagulopatía ($p < 0,001$), disfunción hepática ($p < 0,001$), disfunción renal ($p < 0,001$), edema pulmonar ($p < 0,003$), HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, recuento bajo de plaquetas) ($p < 0,001$) tuvieron una complicación estadísticamente significativa. La prematuridad ($p < 0,001$) y la restricción del crecimiento fetal ($p <$	De igual manera, el presente artículo responde a esta pregunta, señalan que todas las complicaciones maternas estudiadas, que incluyen desprendimiento de placenta, hemorragia posparto, trombocitopenia/coagulopatía, disfunción hepática, disfunción renal, edema pulmonar y el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, recuento bajo de plaquetas), mostraron una significativa

					0,001) estuvieron entre los resultados perinatales más informados	correlación estadística con estos trastornos.
--	--	--	--	--	---	---

Autor: Anthony Ismael Peñaherrera Ortega

2.6. 2.2. DISCUSIÓN

A través de la revisión de varios estudios, es evidente que las gestantes poseen escaso conocimiento sobre los trastornos hipertensivos; en la mayoría de casos durante la etapa del embarazo, relacionan los síntomas de mareo, dolor de cabeza, hipertensión, como una consecuencia de la mala alimentación o de causas congénitas(58), desestimando que pueda ser manifestaciones clínicas de trastornos hipertensivos, lo cual causa que recurran a remedios tradicionales, aumentando su vulnerabilidad en presentar consecuencias que no solo repercuten en su salud sino que también en el producto que llevan en su vientre (57).

Por otra parte, también a través de las entrevistas que se han llevado a cabo en diferentes investigaciones, reflejan que las mujeres presentan temor, ansiedad, incertidumbre, además de impotencia, debido a su desconocimiento sobre los trastornos hipertensivos y su perspectiva de no poder controlar el desarrollo o evolución de estas alteraciones (59). Sumado a esto, también al ser informadas sobre las consecuencias, desarrollan sensaciones de peligrosidad ante el riesgo de muerte, causando además un desequilibrio emocional (12).

Así mismo, a través de algunos artículos, se identifica que las mujeres tienen una visión sobre las causas que conllevan a estos tipos de trastornos, entre los cuales señalan la falta de cuidados que han tenido durante el embarazo, los malos hábitos alimenticios y la predisposición hacia la enfermedad (60). Conjunto a esto, existen casos en los que no aceptan su diagnóstico, debido a que no perciben sus síntomas y hacen caso omiso a la gravedad de su estado de salud, todo esto conlleva a que no accedan a los servicios de salud, que tengan un acceso tardío, ocasionando que no haya un control oportuno de su embarazo y consecutivamente no haya una mejor adherencia al tratamiento (14).

Al explorar más a fondo las estrategias preventivas para gestantes con trastornos hipertensivos, se destacan investigaciones como la de Chimbo(61), quien resalta que estos

trastornos pueden conllevar serias consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido, afectando aproximadamente al 3% de los embarazos. En los países en desarrollo, estos trastornos representan la segunda causa de mortalidad materna. Una vez realizado el diagnóstico, resulta esencial evaluar el riesgo que enfrenta la paciente y llevar a cabo un seguimiento cercano para detectar la posible evolución hacia una preeclampsia grave o complicaciones fetales(62).

Cuando una paciente presenta señales de preeclampsia de grado leve a moderado, es fundamental abordar inicialmente la estabilización de sus signos vitales. Phipps y otros(63), agregan que para este propósito, se procede a tomar mediciones periódicas de los signos vitales, estableciendo controles a intervalos de 6 a 12 horas. Paralelamente, se implementa la estabilización de la paciente, priorizando la protección neurológica mediante la administración de sulfato de magnesio en caso de criterios de gravedad.

El enfoque del tratamiento se adapta según las cifras de presión arterial, generalmente interviniendo a partir de valores superiores a 140 mmHg. Esta medida tiene como objetivo prevenir complicaciones tanto para la madre como para el feto. Además, se brinda a la paciente el soporte necesario de oxígeno y se le proporciona una explicación continua y detallada sobre la atención que está recibiendo, manteniéndola informada y tranquila en todo momento(64).

En esta perspectiva, cobra gran importancia la detección temprana y diagnóstico precoz de esta condición, ya que esto resulta fundamental para mitigar la alta tasa de mortalidad asociada. Poniedziałek y otros(65), señalan que Los trastornos hipertensivos en el embarazo presentan una complicación obstétrica de carácter complejo, cuya causa aún no ha sido definitivamente establecida. No obstante, la comunidad médico-científica ha logrado

identificar una serie de factores de riesgo, condiciones clínicas y mecanismos fisiopatológicos que predispusieron a su desarrollo(66).

A pesar de que las causas subyacentes aún permanecen en gran medida desconocidas, se han identificado grupos de población particularmente susceptibles. Entre ellos, Hunley y otros (67) añaden que las primigestas se presentan como el grupo de mayor riesgo, seguidas por aquellas con embarazos múltiples. La obesidad también emerge como un factor de riesgo relevante. En términos de edad, las mujeres mayores de 35 años y menores de 18 años muestran una mayor propensión a desarrollar la condición. Otros antecedentes médicos, como casos previos de preeclampsia o enfermedades metabólicas como la diabetes o la hipertensión arterial, también se asocian a un mayor riesgo(68).

En este contexto, diversos factores sociales pueden contribuir al desarrollo de trastornos hipertensivos, como el nivel educativo, el estatus económico y la ubicación geográfica de residencia, entre otros. Por tanto, surge la imperante necesidad de elevar la conciencia entre las gestantes acerca de la crucial importancia de someterse a controles prenatales en sus etapas tempranas y posteriores. Esto se traduce en la prevención de complicaciones tanto durante el embarazo como en el parto y postparto(15).

En situaciones donde los criterios de severidad no están presentes y se mantiene un adecuado control de la presión arterial, el ingreso hospitalario no es siempre obligatorio. Es esencial asegurar el bienestar fetal y que las pacientes sigan al pie de la letra las indicaciones médicas. Verano y otros(69) indican que, aunque el reposo relativo no ha demostrado consistentemente mejorar el pronóstico, puede influir en la mejora de las condiciones generales. Además, es fundamental educar a la paciente sobre los síntomas de la eclampsia, para que pueda buscar atención de urgencia en caso de necesidad.

De esta forma, el equipo de enfermería desempeña una función crucial en las medidas preventivas de los trastornos hipertensivos y sus complicaciones. Esto se debe a que constituyen un recurso humano que facilita el acceso a los servicios de salud, fomenta la participación en los controles prenatales, realiza acciones educativas y suministra información sobre los indicadores de alerta, todo con el fin de prevenir complicaciones y fomentar la autogestión (57).

En el marco de las estrategias de prevención, es esencial que el personal de enfermería aborde la reducción de las complicaciones maternas y perinatales desde un enfoque comunitario, facilitando así la detección temprana para una intervención oportuna. Braunthal y otros (62) indican que esto implica la movilización de la comunidad, la implementación de programas de concientización y el respaldo institucional para ser viable. Sin embargo, obstáculos como los retrasos en la búsqueda de atención, la limitada comprensión de la patología, la escasez de recursos humanos y el alto costo de la atención médica dificultan la implementación de estas intervenciones (17).

En el contexto del cuidado y seguimiento prenatal, es fundamental que el personal de enfermería adopte enfoques individualizados e integrales, considerando las necesidades manifestadas, Gaona y otros (71), señalan que esto busca proporcionar cuidados de enfermería que sean culturalmente apropiados, comprensivos y empáticos, abarcando tanto los aspectos físicos y biológicos como los emocionales y sociales. En lo que respecta a los aspectos físicos, se incluye la monitorización regular de la presión arterial, la evaluación de signos de alerta, el control del peso, la supervisión de la presencia de edemas y la administración de tratamientos antihipertensivos si es necesario, entre otras tareas. En cuanto a los aspectos emocionales y sociales, es esencial promover el diálogo y la escucha activa para facilitar la expresión de emociones, reducir niveles de estrés y ansiedad, lo que

contribuye a una mejor gestión del tratamiento, el autocuidado y la adopción de hábitos saludables (18).

Además, a través del diálogo, el personal de enfermería tiene la capacidad de evaluar el nivel de conocimiento y las percepciones de la gestante acerca de su estado durante el embarazo y los trastornos hipertensivos; agrega Rangel y otros (72), que, en el contexto de la atención prenatal, es recomendable para el profesional de enfermería fortalecer las redes de apoyo social y fomentar la participación de la familia. Además, es crucial promover el autocuidado en las mujeres para mejorar las posibilidades de resultados positivos, brindar educación sobre la identificación de síntomas o signos de alerta, promover hábitos alimenticios adecuados y alentar a buscar ayuda, ya sea de familiares o del personal de salud (17).

Durante el período gestacional, los profesionales de enfermería desempeñan un rol esencial al fomentar la participación en controles periódicos y la práctica del autocuidado, aspectos que se alinean con los cimientos fundamentales de la enfermería (73). Específicamente en el caso de pacientes con trastornos hipertensivos, estas intervenciones adquieren una dimensión crítica, enfocándose en la identificación de signos y síntomas de alarma, la prevención de complicaciones, la gestión de tratamientos y la vigilancia hasta el período postparto. La relevancia de estas estrategias de prevención, implementadas por el personal de enfermería, se destaca como una medida integral para salvaguardar la salud de las gestantes y sus bebés.

3. CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. 3.1. CONCLUSIONES

Para prevenir los trastornos hipertensivos en el embarazo, se aplican estrategias eficaces, como la temprana administración de aspirina a mujeres de alto riesgo y la recomendación de suplementos de 1,5 a 2,0 gramos de calcio diarios para aquellas con

ingesta baja. El personal de enfermería desempeña un papel crucial al educar y cuidar a pacientes con preeclampsia. La identificación temprana de mujeres en riesgo, mediante la medición de presión arterial y evaluación de antecedentes, junto con el asesoramiento sobre edad y obesidad, son medidas clave. Sin embargo, persisten desafíos, ya que un porcentaje considerable de gestantes no sigue las recomendaciones y tiene limitados conocimientos sobre los trastornos hipertensivos.

Los factores de riesgo para trastornos hipertensivos en gestantes incluyen edad entre 26 y 34 años, bajo peso, falta de controles prenatales, multiparidad y nivel socioeconómico medio-alto. Además, antecedentes familiares de hipertensión, infecciones urinarias, y consumo de alcohol son significativos. El primer embarazo, índice de masa corporal alto, y antecedentes de resultados adversos previos también aumentan el riesgo. Identificar y atender tempranamente a mujeres con estos factores es vital para prevenir y manejar los trastornos hipertensivos durante el embarazo.

Las complicaciones maternas de los trastornos hipertensivos, incluyen desprendimiento de placenta, hemorragia posparto, trombocitopenia/coagulopatía, disfunción hepática, renal, edema pulmonar y síndrome HELLP. Estas son estadísticamente significativas. La prematuridad y restricción del crecimiento fetal son resultados comunes. También se reportaron edema pulmonar, lesión renal y hepática, así como neumonía por aspiración. Esto subraya la gravedad de los trastornos y la necesidad de atención especializada y vigilancia continua para minimizar estas complicaciones en madres y recién nacidos.

3.2. 3.2. RECOMENDACIONES

Supervisar al equipo de enfermería para llevar a cabo acciones que posibiliten el seguimiento continuo y el registro de todas las mujeres embarazadas, tanto las que no experimentan complicaciones como aquellas que las han experimentado. Esto permitirá

mantener una vigilancia epidemiológica efectiva de los trastornos hipertensivos durante el embarazo y su influencia en la mortalidad de madres e hijos.

Estimular la búsqueda de datos actualizados sobre esta enfermedad con el fin de ofrecer una información más reciente sobre los trastornos hipertensivos. Se busca impartir estos conocimientos de manera didáctica, con el propósito no solo de enseñar, sino de capacitar a estas usuarias para que no solo reproduzcan el mensaje proporcionado por el profesional de salud, sino que lo comprendan y puedan transmitirlo de manera efectiva.

4. BIBLIOGRAFÍAS

1. Braunthal S, Brateanu A. Hipertensión en el embarazo: fisiopatología y tratamiento. SAGE Open Med [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458675/>
2. Moncayo Z, Ramírez K, Moreira K, Mendoza J. Evaluación del riesgo de preeclampsia. Últimos avances | RECIAMUC [Internet]. 2022 [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/842>
3. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embaraz. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2018;64(2):191–6.
4. Braunthal S, Brateanu A. Hipertensión en el embarazo: fisiopatología y tratamiento. SAGE Open Med [Internet]. 2019 [citado 8 de diciembre de 2022];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458675/>
5. Khedagi AM, Bello NA. Trastornos hipertensivos del embarazo. Cardiol Clin [Internet]. 2021 [citado 8 de diciembre de 2022];39(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7720658/>
6. Cruz J, Santos PSP dos, Silva MCB e, Cruz R de SBLC, Beltrão ICSL de, Oliveira DR de. Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería en Mujeres con Trastornos Hipertensivos del Embarazo: Una Revisión de Alcance. Aquichan [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2023];22(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/741/74172631006/html/>

7. Mosquera V. Cuidados de enfermería en la prevención de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2022 [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3577>
8. Sánchez M, Vega L. Rol del profesional enfermero en el control de la hipertensión arterial en Atención Primaria. Nuberos Científica [Internet]. 2017 [citado 8 de diciembre de 2022];3(22). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7491290>
9. Portales AG. Actuación de enfermería en la prevención y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 [citado 8 de diciembre de 2022];34(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1576>
10. Hu Z, Wang X, Hong C, Zheng C, Zhang L, Chen Z, et al. La intervención de prevención primaria basada en el lugar de trabajo reduce la incidencia de hipertensión: un análisis post hoc de un estudio controlado aleatorio por conglomerados. BMC Med [Internet]. 2023 [citado 9 de agosto de 2023];21(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02915-6>
11. Wertaschnigg D, Reddy M, Mol BWJ, da Silva Costa F, Rolnik DL. Evidence-Based Prevention of Preeclampsia: Commonly Asked Questions in Clinical Practice. J Pregnancy. 2019;2019.
12. Rasouli M, Pourheidari M, Hamzeh Gardesh Z. Effect of Self-care Before and During Pregnancy to Prevention and Control Preeclampsia in High-risk Women. Int J Prev Med [Internet]. 2019 [citado 8 de diciembre de 2022];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390427/>
13. Santos N, Sousa M. Clinical Procedures for the Prevention of Preeclampsia in Pregnant Women: A Systematic Review. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia [Internet]. 2020 [citado 8 de diciembre de 2022];42. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rbgo/a/grvQDQfNQ8Vd5rhXwkp7hKy/?format=html&lang=en>
14. Taco Quispe JK. Educación sanitaria en gestantes con riesgo de trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo. Repos Inst - USS [Internet]. 2018 [citado 8 de diciembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5032>

15. Cedeño Macías NL. Rol de enfermería y su intervención en adolescentes embarazadas con preeclampsia en el Centro de Salud Urbano 2 de Mayo El Empalme Provincia el Guayas octubre 2018 –abril 2019 [Internet] [bachelorThesis]. BABAHOYO: UTB, 2019; 2019 [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5769>
16. Requelme Jaramillo MJ. Rol de enfermería según el modelo teórico de dorothea orem a gestantes con preeclampsia. 2017 [citado 8 de diciembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9909>
17. Cruz Carrillo JM. Cuidado enfermero en pacientes con preeclampsia servicio de gineco-obstetricia-Hospital Delfina Torres de Concha 2022 [Internet] [bachelorThesis]. 2022 [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12653>
18. Martínez E, Nuñez G. Rol de enfermería en la atención a pacientes con Preeclampsia [Internet] [bachelorThesis]. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro. 2019 [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4518>
19. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevención y control de la hipertensión: Serie de promoción de la salud de JACC. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023];72(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481176/>
20. Ministerio de Salud Pública. Mortalidad Materna: definiciones operacionales y técnicas. 2018;10.
21. Salas B, Montero F, Alfaro G. 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. Rev Medica Sinerg. 1 de julio de 2020;5(7):e532–e532.
22. Phipps EA, Thadhani R, Benzing T, Karumanchi SA. Preeclampsia: patogénesis, nuevos diagnósticos y terapias. Nat Rev Nephrol [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023];15(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6472952/>
23. Gonzales Ortiz FI. FACTORES DE RIESGO BIOMEDICOS ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES DE 35 AÑOS A MAS ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO 2018. Repos Inst - UNH [Internet]. 10 de junio de 2019 [citado 27

de marzo de 2022]; Disponible en:
<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2711>

24. De Aguiar DM, De Andrade AM, Ramalho AA, Martins FA, Koifman RJ, Opitz SP, et al. Efecto de la calidad de la atención prenatal sobre el riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y transmisión vertical de VIH, sífilis y hepatitis. *PLOS Glob Public Health* [Internet]. 2023 [citado 9 de agosto de 2023];3(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10058091/>
25. Ceriani Cernadas JM. Las causas principales de la prematuridad y los muy frecuentes trastornos que ocasionan. *Arch Argent Pediatría*. agosto de 2019;117(4):210–1.
26. Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Diabetes durante el embarazo: una enfermedad materna que complica el curso del embarazo con efectos nocivos a largo plazo en la descendencia. Una revisión clínica. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023];22(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7999044/>
27. Thiriet M. Hiperlipidemias y Obesidad [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7123371/>
28. Pacheco-Romero J. Redefinición de hipertensión arterial y consideraciones en la gestación y en la preeclampsia. Introducción al simposio. *Rev Peru Ginecol Obstet*. abril de 2018;64(2):169–74.
29. Phillips J, Chen JHC, Ooi E, Prunster J, Lim WH. Epidemiología global, resultados de salud y opciones de tratamiento para pacientes con diabetes tipo 2 e insuficiencia renal. *Front Clin Diabetes Healthc* [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023];2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10012134/>
30. Samsu N. Nefropatía diabética: desafíos en patogenia, diagnóstico y tratamiento. *BioMed Res Int* [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023];2021. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2021/1497449/>
31. Vázquez-Rodríguez M, Pérez-Adán M, Álvarez-Silvares E, Alves-Pérez MT, Vázquez-Rodríguez M, Pérez-Adán M, et al. Factores clínicos y bioquímicos de riesgo de hipertensión arterial en mujeres con diagnóstico previo de estados hipertensivos del embarazo. *Ginecol Obstet México*. 2017;85(5):273–88.
32. Vigil-De Gracia P, Vargas C, Sánchez J, Collantes-Cubas J. Preeclampsia: revisión narrativa para uso clínico. *Heliyon* [Internet]. 2023 [citado 9 de agosto

- de 2023];9(3). Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844023013944>
33. Leal Almendárez EA, Marchena López CM, Murillo Urbina EJ. Factores de riesgo asociados a síndrome hipertensivo gestacional. Hospital Primario Carlos Centeno. Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte. Enero - Junio 2013 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015 [citado 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1375/>
34. Hunley TE, Jones DP. Hipertensión en la Adolescente Embarazada. En: Flynn JT, Ingelfinger JR, Brady TM, editores. *Pediatric Hypertension* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 9 de agosto de 2023]. p. 615–43. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-06231-5_28
35. Mendoza-Cáceres MA, Moreno-Pedraza LC, Becerra-Mojica CH, Díaz-Martínez LA, Mendoza-Cáceres MA, Moreno-Pedraza LC, et al. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* febrero de 2020;85(1):14–23.
36. Domínguez Dieppa F, Domínguez Dieppa F. La prematuridad: un problema pendiente de solución. *Rev Cuba Pediatría* [Internet]. marzo de 2021 [citado 15 de octubre de 2021];93(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312021000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Garcia A. Detección de lesión de órgano diana y rigidez arterial mediante monitorización de la presión arterial en 24 horas y frecuencia cardiaca en pacientes hipertensos. 2017; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=82651>
38. Pezo K. Etiología de las hemorragias en gestantes atendidas en el Hospital II - 1, Moyobamba. 2020;36.
39. Padilla-Zambrano HS, Ramos-Villegas Y, Manjarrez´-Sulbaran J de J, Pereira-Cabeza J, Pájaro-Mojica RA, Andrade-López A, et al. Coma y alteraciones del estado de conciencia: revisión y enfoque para el médico de urgencias. *Rev Chil Neurocir.* 2018;44(1):83–8.
40. Sananes N, Boisrame T, Langer B. Hematoma retroplacentario. *EMC - Ginecol-Obstet.* 2017;48(4):1–12.

41. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
42. Sánchez López MI, Llabata Carabal P, Garrigós Almerich E, Sánchez López MI, Llabata Carabal P, Garrigós Almerich E. Perfil perinatal asociado a los estados hipertensivos del embarazo. *Enferm Nefrológica*. septiembre de 2018;21(3):285–91.
43. Bertrán J, Muguercia J, Verdaguer L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Santiago de Cuba [Internet]. 2019 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000400619
44. Chang KJ, Seow KM, Chen KH. Preeclampsia: Avances recientes en la predicción, prevención y manejo de la condición que amenaza la vida materna y fetal. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [citado 9 de agosto de 2023];20(4). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2994>
45. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(1):91–111.
46. Cardoso MFPT, Ribeiro OMPL, Martins MMFP da S. Muerte y morir: aportes para una práctica basada en marcos teóricos de enfermería. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023];40. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QRq6kSh4sVfpJWSrzCm9cHD/?lang=en>
47. Benavides Velasco RF. Incidencia de trastornos hipertensivos en embarazadas atendidas en el Hospital Alberto Correa Cornejo, Yaruquí 2018 [Internet] [bachelorThesis]. 2019 [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9818>
48. Beech A, Mangos G. Manejo de la hipertensión en el embarazo. *Aust Prescr* [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023];44(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8542489/>
49. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. 2017;1(1). Disponible en: <https://cuba.unfpa.org/sites/default/files/pub->

pdf/Gu%C3%ADas%20de%20actuaci%C3%B3n%20en%20las%20afecciones%
20obst%C3%A9tricas.pdf

50. Hauspurg A, Countouris ME, Catov JM. Trastornos hipertensivos del embarazo y salud materna futura: ¿cómo puede la evidencia guiar el manejo posparto? *Curr Hypertens Rep* [Internet]. 2019 [citado 9 de agosto de 2023];21(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7288250/>
51. Luger RK, Kight BP. hipertensión en el embarazo. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430839/>
52. Goddard J, Wee MYK, Vinayakarao L. Actualización en trastornos hipertensivos en el embarazo. *BJA Educ* [Internet]. 2020 [citado 9 de agosto de 2023];20(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813671/>
53. Cífková R. Hipertensión en el Embarazo: Una Visión Diagnóstica y Terapéutica. *High Blood Press Cardiovasc Prev* [Internet]. 2023 [citado 9 de agosto de 2023];30(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40292-023-00582-5>
54. Ford ND, Cox S, Ko JY, Ouyang L, Romero L, Colarusso T, et al. Trastornos hipertensivos en el embarazo y mortalidad durante la hospitalización del parto: Estados Unidos, 2017–2019. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2023];71(17). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9098235/>
55. Puig Chevez KN, Zapata Saona DT. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el Embarazo de Alto Riesgo [Internet] [bachelorThesis]. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro. 2021 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5499>
56. Paz T. El embarazo de alto riesgo: Principales cuidados enfermeros. 2017;1(1). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235856357.pdf>
57. Bermejo Rodríguez M. Importancia de los cuidados durante la gestación en la preeclampsia [Internet] [bachelorThesis]. 2017 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/680413>
58. Mogrovejo V. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo | RECIAMUC [Internet]. 2021 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/589>
59. Verano Gómez NC, Castro Sánchez F de J, Espinosa Pire LN, Verano Gómez NC, Castro Sánchez F de J, Espinosa Pire LN. Estudio diagnóstico sobre la necesidad

- de una guía de manejo para pacientes embarazadas que sufren hipertensión arterial que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Docente Ambato. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Internet]. 2021 [citado 17 de diciembre de 2022];8(SPE4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-78902021000600061&lng=es&nrm=iso&tlng=es
60. García-Hermida MI, García-Remirez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2020 [citado 17 de diciembre de 2022];24(4). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7571>
61. Chimbo C, Mariño M, Chimbo T, Caicedo C. Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro. *Rev Latinoam Hipertens* [Internet]. 2018 [citado 24 de agosto de 2023];13(1). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/14986
62. Braunthal S, Brateanu A. Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE Open Med* [Internet]. 2019 [citado 24 de agosto de 2023];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458675/>
63. Phipps EA, Thadhani R, Benzinger T, Karumanchi SA. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. mayo de 2019 [citado 24 de agosto de 2023];15(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6472952/>
64. National Institute Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 [citado 24 de agosto de 2023]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546004/>
65. Poniedziałek-Czajkowska E, Mierzyński R, Dłuski D, Leszczyńska-Gorzela B. Prevention of Hypertensive Disorders of Pregnancy—Is There a Place for Metformin? *J Clin Med* [Internet]. 2021 [citado 24 de agosto de 2023];10(13). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8268471/>
66. Guevara Ríos E, Pérez Aliaga C, De la Peña Meniz W, Limay Ríos O, Meza Santibáñez L, Ching Ganoza S, et al. Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional en salud materna del Perú. *An Fac Med* [Internet]. 2019

- [citado 17 de diciembre de 2022];80(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832019000200020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
67. Hunley TE, Jones DP. Hypertension in the Pregnant Teenager. En: Flynn JT, Ingelfinger JR, Brady TM, editores. Pediatric Hypertension [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [citado 24 de agosto de 2023]. p. 615–43. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-06231-5_28
 68. Ninabanda Pilco VA. Intervenciones de enfermería a pacientes con eclampsia [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Ncional de Chimborazo; 2022 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9951>
 69. Petrella MC. Estrés Psicosocial asociado al desarrollo de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Factores de Riesgo Biológico y Psicosocial como predictores de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo [Internet] [Thesis]. Universidad de Palermo; 2020 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/handle/10226/2177>
 70. Mayorga Muentes UE, Villamar de la Cruz AP. Proceso de atención de enfermería en mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos [Internet] [bachelorThesis]. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro. 2019 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4537>
 71. Gaona J. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 17 de diciembre de 2022]. Manejo de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia: Revisión Sistemática. Disponible en: <https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-preeclampsia/>
 72. Rangel-Flores YY, Rincón-Zúñiga DT, Hernández-Ibarra LE. La experiencia vivida de la emergencia obstétrica: un estudio fenomenológico con mujeres mexicanas. Saúde E Soc. 17 de enero de 2022;31:e180010.
 73. Gómez Benítez MJ. Nivel de conocimiento sobre el control prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud El Tejar Ibarra, 2022 [Internet] [bachelorThesis]. 2022 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12743>