

**Título: Caracterización de gestantes portadoras de trastornos hipertensivos atendidas en el servicio de Ginecobstetricia.**

**Autores:**

- Lic. Daily González Castañeda. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba [dailygonzalez@gmail.com](mailto:dailygonzalez@gmail.com) 54649998.
- Dr. Julio Ángel Quintana González. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba. [Juioqg@gmail.com](mailto:Juioqg@gmail.com) 33502693.
- Lic. Yudelvis González Pérez. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba [yudelvisgp@gmail.com](mailto:yudelvisgp@gmail.com) 55622120.
- Lic. Vivian Rojas Marrero. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba [vivianrm@gmail.com](mailto:vivianrm@gmail.com) 53007720.
- Lic. Ana Belkys Pérez Benitez Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba. [anabelkysperez@gmail.com](mailto:anabelkysperez@gmail.com) 53163176.

Morón 2022

## RESUMEN

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe. Es por lo anterior que se realizará un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar a las gestantes portadoras de trastornos hipertensivos atendidas en el servicio de Ginec Obstetricia perteneciente al del Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez Fernández" del municipio Morón, en el periodo comprendido entre septiembre de 2021 a mayo de 2023. El universo y muestra de estudio estuvo comprendido por las 38 pacientes que fueron atendidas en el corte de nuestro periodo de estudio.

**Palabras claves:** Hipertensión gestacional.

**INTRODUCCION:** El embarazo es una entidad fisiológica en la etapa reproductiva de la mujer; sin embargo, trae consigo riesgos como lo son, la enfermedad hipertensiva del embarazo, que puede conducir a la muerte o incluso a la discapacidad y en gran medida representan una de las principales causas de morbilidad. Millones de mujeres en el mundo padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración, atribuibles al embarazo, al parto o al puerperio. <sup>(1)</sup>

Los trastornos Hipertensivos constituyen un problema de salud, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones x 100 000 nacimientos y 150 o más defunciones x 100 000 nacimientos, respectivamente. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, hipóxico, con Apgar bajo, pretérmino. <sup>(2)</sup>

Estudios han demostrado que los trastornos hipertensivos del embarazo afectan alrededor del 10% de los embarazos en todo el mundo, estimándose en aproximadamente 6-8% en Europa. <sup>(3-5)</sup> Estos trastornos durante la gestación son una de las principales causas de morbimortalidad materna, fetal y neonatal, representando casi el 18% de todas las muertes maternas en todo el mundo. <sup>(5)</sup> De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

los trastornos hipertensivos suponen el 16% de las muertes maternas en los países desarrollados, el 9% en África y Asia, y hasta 26% en América Latina y el Caribe. <sup>(3,6)</sup>

La denominación de trastornos hipertensivos en la gestación reúne una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo, referida a la presión arterial sistólica a la diastólica o a ambas. El término "hipertensión" se aplica cuando se compruebe una Tensión Arterial (TA)  $\geq 140/90$  o una tensión arterial media 105 mm Hg. Debe considerarse que existe una hipertensión arterial cuando se encuentran estos valores con una técnica correcta en dos ocasiones con un intervalo de seis horas. El hallazgo de valores de TA en 160/110 mm Hg hace innecesaria la repetición de la determinación en un período de 6 horas. <sup>(7)</sup>

La presión arterial de las embarazadas sufre cambios durante el día (ritmo circadiano) y a través de todo el embarazo. Se han hecho algunos estudios que describen los cambios de la presión arterial durante todo el embarazo y se acepta de una forma general que la presión arterial comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo al comenzar el tercero, para alcanzar su punto máximo al término del embarazo. La magnitud del incremento tensional en el tercer trimestre depende además de otros factores tales como la posición de la mujer; ruido de Korokoff que se considere; stress y momento del día en que se mide la TA. <sup>(8)</sup>

Se ha intentado clasificar los trastornos hipertensivos durante la gestación, y el Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda la clasificación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en (1972) e identifica 4 categorías propuestas en el Manual de Procedimientos de Obstetricia en Cuba, ellas son: trastornos hipertensivos dependientes del embarazo (pre-eclampsia o eclampsia), hipertensión crónica (sea cual sea la causa), hipertensión crónica con pre-eclampsia o eclampsia añadida y la hipertensión transitoria o tardía. <sup>(9)</sup>

Muchos de los mecanismos fisiopatológicos que culminan en la aparición de la entidad clínica llamada pre eclampsia (PE) no se han explicado. El cuadro suele ceder rápidamente después del parto y por tal motivo su punto de partida debe ser la unidad feto placentaria. De ese modo el trofoblasto con deficiente riego constituye la fuente del agente o agentes que desencadenan la enfermedad. <sup>(10)</sup>

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) que hacen referencia a los conocimientos y conductas prenatales, así como cuidados en embarazos de alto riesgo. <sup>(21)</sup>

El papel de la Enfermería, está orientado hacia la educación para la salud, fortalecimiento del autocuidado, así como proporcionar asistencia y evaluar los resultados. <sup>(22,23)</sup> Siendo importante señalar que, a la hora de planificar y ejecutar los cuidados, es importante tener

en cuenta el grado de conocimiento de la mujer, las necesidades percibidas y las experiencias culturales. <sup>(23)</sup>

La OMS, reconoce el gran aporte de Enfermería en la atención a la mujer durante la gestación, constituyendo un componente clave para prevenir y disminuir sus complicaciones. En tal sentido un evento es prevenible cuando este puede evitarse mediante la acción específica del equipo de salud, por ello es necesario saber qué hacer y qué no hacer. Otro aspecto a considerar es el concepto amplio con el que debe interpretarse la prevención; no referida exclusivamente a evitar la enfermedad sino además a impedir su progresión. Tal es el caso de la pre-eclampsia que, en la atención secundaria, no es prevenible, pero podrá evitarse su progresión con el tratamiento oportuno, jugando aquí un importante papel el personal de Enfermería por los cuidados de eficiencia y calidad que debe prestar a la altura de los adelantos de la ciencia y la técnica.

### **MÉTODO.**

Se realizará un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar a las gestantes portadoras de trastornos hipertensivos atendidas en el servicio de Ginecobstetricia perteneciente al del Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez Fernández" del municipio Morón, en el periodo comprendido entre septiembre de 2021 a mayo de 2023.

### **RESULTADOS**

**Tabla 1.** Distribución de las gestantes según grupo de edad ingresadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández en el período comprendido entre septiembre del 2021 a mayo del 2023.

<b>Grupo de Edad</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
1.1-Menor de 20 años	4	10.53 %
1.2-De 20 a 24 años	10	26,32 %
1.3-De 25 a 29 años	9	23,68 %
1.4-De 30 a 34 años	8	21.05 %
1.5-De 35 o más años	7	18.42 %
total	38	100 %

**Fuente:** Historia Clínica.

Al analizar la tabla 1 se observa que la HTA fueron más frecuentes en el grupo de edades entre 20 a 24 años en un 26,32 %.

**Tabla 2. -Estado civil.**

<b>-Estado civil</b>	NO	%
2.1- Soltera	8	21,05 %
2.2- Casada	28	73.68 %
2.3- Divorciada	2	5.27 %
2.4-Viuda	0	0
Total	38	100 %

**Fuente:** Encuestas

La distribución de la HTA según estado se muestra en la tabla 2, predominando las casadas con el 73.68 %.

**Tabla 3. Paridad.**

<b>Paridad.</b>	NO	%
3.1-Nulípara.	18	47.37 %
3.2-Secundípara.	11	28.95%
3.3-Multípara.	9	23,68 %
Total	38	100 %

**Fuente:** Historias Clínica.

En cuanto a la paridad que se muestra en la tabla 3 se observa que el 47.37 % de las gestantes hipertensas son las nulíparas.

**Tabla 8-Tratamiento antihipertensivo indicado.**

Tratamiento antihipertensivo indicado.	NO	%
8.1- Sulfato de magnesio	15	57 %
8.2- Hidralazina.	10	26.32 %
8.3- Metildopa	38	100 %
8.4- Nifedipina.	18	47.37 %
8.5- Labetalol.	1	2.63 %
8.6- Nitroglicerina.	0	0

8.7- Nitropusiato de sodio.	0	0
-----------------------------	---	---

**Fuente:** Historia Clínica

En la tabla 4 se muestran los resultados relacionados con el tratamiento antihipertensivo de las gestantes y puérperas destacándose la Metildopa que es el antihipertensivo de elección de las maternas tomadas por el 100 % de ellas.

### **CONCLUSIONES**

La OMS, reconoce el gran aporte de Enfermería en la atención a la mujer durante la gestación, constituyendo un componente clave para prevenir y disminuir sus complicaciones. En tal sentido un evento es prevenible cuando este puede evitarse mediante la acción específica del equipo de salud, por ello es necesario saber qué hacer y qué no hacer. Otro aspecto a considerar es el concepto amplio con el que debe interpretarse la prevención; no referida exclusivamente a evitar la enfermedad sino además a impedir su progresión. Tal es el caso de la pre-eclampsia que, en la atención secundaria, no es prevenible, pero podrá evitarse su progresión con el tratamiento oportuno, jugando aquí un importante papel el personal de Enfermería por los cuidados de eficiencia y calidad que debe prestar a la altura de los adelantos de la ciencia y la técnica.

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia; 2015. [citado 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/IwL7Mx>
2. Magee LA, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2014;36(5):416–438 [citado 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/oh0ipq>
3. Bazzano AN, Green E, Madison A, Barton A, Gillispie V, Bazzano LAL. Assessment of the quality and content of national and international guidelines on hypertensive disorders of pregnancy using the AGREE II instrument. BMJ Open 2016;6(1):e009189. Disponible en: <https://goo.gl/AVkMa0>
4. Jeyabalan A. Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity. Nutr Rev 2013;71(1):S18-25. Disponible en: <https://goo.gl/z4BSOO>

5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task force on hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 2013;122(5): 1122-1131. Disponible en: <https://goo.gl/VyO8u9>
6. Gillon TER, Pels A, von Dadelszen P, MacDonell K, Magee LA. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. *PloS One* 2014;9(12):e113715. Disponible en: <https://goo.gl/fCF4tw>
7. Guimarães Ferreira MB, Freitas Silveira C, Riul da Silva S, Souza DJ, Ruiz MT. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev Esc Enferm U P*. 2016;50(2):324-34. Disponible en: <https://goo.gl/4IUHLD>
8. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 67 No. 1 • Enero-Marzo 2016 (26-35) Investigación original Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: una cohorte histórica hospital universitario San José, Popayán (Colombia)
9. Intervenciones de enfermería para la prevención y atención de mujeres con trastornos hipertensivos. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Mortalidad materna. Centro de prensa 2016. [citado 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
11. Somoza García ME. Morbimortalidad Materna en UTI. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (1993-2001). Trabajo de Terminación de Residencia. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Dr. Faustino Pérez. Matanzas. 2002.
12. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016) [Vol. 43, Núm. 2 \(2017\)](#) > [Morales García](#) revista cubana de obstetricia y ginecología.
13. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos *Rev cub de obst y ginec infomed Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"*. Santiago de Cuba, Cuba. enero-diciembre 2016
14. MJ, Zibaenezhad, Ghodsi M, 2010., La prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo. [En línea]. 4, (4):169. Disponible en: [IranCardiovascularResearchJournalVol.4,Nº4,2.010.\[Julio 2.011\]](#).
15. Hipertensión y embarazo. Vivian asunción Álvarez Ponce. La Habana 2018. Página 50.

16. Campo Molina E del, Robles Aristas JC, Guerrero Pabón R. Tratado de Emergencia. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Hipertensión en el embarazo. Sevilla: Editorial Alhulia; 2000
17. Parra M, San Martín A, Valdés E, Hasbún J, Quiroz L, Schepeler M, et al. Espectro clínico de la preeclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007 [citado 2 Ago 2013];72(3). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>
18. Vigil-De Gracia P, Tejada OR, Minaca AC, et al. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: a randomized, multicenter clinical trial: the Mexpre Latin Study. Am J Obstet Gynecol. 2013;209:425.e1-8.
19. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios estandarizados de atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. 4ª ed. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014. Disponible en: <https://goo.gl/nH1chr>
20. Orden CIN/2134/2008. Boletín Oficial del Estado, 19 de julio de 2008, núm 174, p.31680-31683. Disponible en: <https://goo.gl/YySW6Q>
21. NNNConsult [Internet]. Elsevier: NANDA, NOC, NIC Consult. [Citado 8 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
22. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Enferm Global. 2010;(18):0-0. Disponible en: <https://goo.gl/exWTDj>
23. Sánchez-Jiménez B, Hernández-Trejo M, Lartigue-Becerra T. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. Perinatol Reprod Hum 2007; 21(4): 167-177. Disponible en: <https://goo.gl/dyhzaX>