

PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CARRERA DE TECNICATURA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN EL TERCER TRIMESTRE. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Modalidad Presencial

Autoras: Ivette De Los Milagros Cando Sánchez, Jennifer Alexandra Tipán
Reinoso.

Directora: Licenciada en Enfermería Mónica Liliana Díaz Bautista

Ambato - Ecuador

2024

 095 888 5323

ESTUDIA DIFERENTE

www.iste.edu.ec


A la Unidad Académica de Titulación de la Carrera de Tecnicatura Superior en Enfermería.

El Tribunal receptor del Trabajo de integración curricular, presidido por el Doctor en Fisioterapia y Administración de los Servicios de la Salud Jorge Humberto Cárdenas Medina Magister en Pedagogía en Ciencias de la Salud, e integrado por los señores Medico Giselle Verónica Rueda Sandoval, Magister en Gerencia en Salud y Licenciada en enfermería Gema Lisseth Espinoza Alcívar, designados por el Colectivo Académico de la Carrera del Instituto Superior Tecnológico España, para receptor el Trabajo de Integración Curricular con el tema: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN EL TERCER TRIMESTRE. REVISIÓN SISTEMÁTICA”, elaborado y presentado por las señoritas, Ivette De Los Milagros Cando Sánchez y Jennifer Alexandra Tipán Reinoso, para optar por el Grado Académico de Técnico Superior en Enfermería una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Integración Curricular, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas del Instituto Superior Tecnológico España.



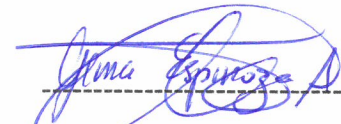
Dr. Jorge Humberto Cárdenas Medina Mg.

Presidente del Tribunal



Dra. Giselle Verónica Rueda Sandoval, Mg.

Miembro del Tribunal



Lcda. Gema Lisseth Espinoza Alcívar

Miembro del Tribunal

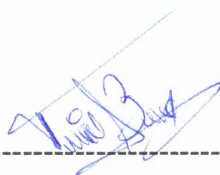
APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Lcda. Mónica Liliana Díaz Bautista Mg.

CERTIFICA:

En mi calidad de director del trabajo de integración curricular: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN EL TERCER TRIMESTRE. REVISIÓN SISTEMÁTICA”, presentado por las señoritas Ivette De Los Milagros Cando Sánchez y Jennifer Alexandra Tipán Reinoso, para optar por el Título de Técnico Superior en Enfermería CERTIFICO, que dicho proyecto ha sido prolijamente revisado y considero que responde a las normas establecidas en el reglamento de títulos y grados de la Carrera, suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se designe.

Ambato, 08 de agosto de 2024.



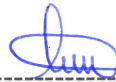
Lcda. Mónica Liliana Díaz Bautista Mg

c.c.1105650921

DIRECTORA

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Integración Curricular presentado con el tema: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN EL TERCER TRIMESTRE. REVISIÓN SISTEMÁTICA” le corresponde exclusivamente a: Ivette De Los Milagros Cando Sánchez, Jennifer Alexandra Tipán Reinoso, Autora bajo la Dirección de Licenciada en Enfermería. Mónica Liliana Díaz Bautista Magister en Enfermería Quirúrgica, Directora del Trabajo de integración curricular; y el patrimonio intelectual al Instituto Superior Tecnológico España.



Ivette De Los Milagros Cando Sánchez

AUTORA



Jennifer Alexandra Tipán Reinoso

AUTORA



Lcda. Mónica Liliana Díaz Bautista Mg

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo al Instituto Superior Tecnológico España, para que el Trabajo de integración curricular, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de integración curricular, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones del Instituto.



Ivette De Los Milagros Cando Sánchez

c.c.1850427277



Jennifer Alexandra Tipán Reinoso

c.c.1850140185

ÍNDICE GENERAL

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
INDICE DE FIGURAS.....	vii
IINDICE DE TABLAS.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN EJECUTIVO.....	xiii
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	2
ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS.....	2
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	4
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos.....	6
1.4.1 Objetivo General.....	6
1.4.2 Objetivos Específicos.....	6
1.5 Marco Referencial.....	7
Variables.....	7
Definiciones y Conceptos.....	7
1.5.1 Hipertensión arterial.....	7
1.5.2 Etiología de la hipertensión gestacional.....	7

1.5.3 Prevalencia de la hipertensión gestacional.....	8
1.5.4 Diagnósticos.....	9
1.5.5. Signos y síntomas de la hipertensión gestacional	11
1.5.6. Clasificación de la hipertensión gestacional	12
1.5.7. Complicaciones relacionadas a la hipertensión gestacional.....	13
1.5.8. Tratamiento farmacológico para hipertensión gestacional	16
1.5.9. Intervenciones de enfermería en hipertensión gestacional	18
CAPÍTULO II	22
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	22
2.1 Diseño metodológico.....	22
2.2 Enfoque de investigación.....	22
2.3 Cuestionario o Instrumentos Utilizados	22
2.4 Población	23
2.5 Muestreo.....	23
2.6 Recursos	24
CAPÍTULO III	25
ANÁLISIS DE RESULTADOS	25
3.1 Tabulación e Interpretación de Encuestas.....	25
CAPÍTULO IV	42
DISCUSIÓN	42
4.1 Discusión de Resultados	42
CAPÍTULO V	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones.....	48
6. Referencias.....	49

7. Anexos.....61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de PRISMA para la inclusión de resultados.....63

IINDICE DE TABLAS

Tabla 1. Marco referencial61

Tabla 2. Intervenciones de enfermería en hipertensión gestacional. 19

Tabla 3. Base de datos usadas para la recolección de información.25

Tabla 4. Resultados relacionados con el objetivo específico 1.....27

Tabla 5. Resultados relacionados con el objetivo específico 2.....35

Tabla 6. Resultados relacionados con el objetivo específico 3.....39

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme en mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad de mis padres.

Gracias a mis padres: Roberth Tipán Y Patricia Reinoso; a mis hermanos Gaspar y Jordán Tipán Reinoso , por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a mis docente del Instituto ISTE , por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

Jennifer Alexandra Tipán Reinoso

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento va dirigido a mis padres y sobre todo a Dios que me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante. A mi familia por su comprensión por brindarme el apoyo incondicional a lo largo de mi carrera. A todas las personas que de una u otra cosa estuvieron a mi lado apoyándome en la realización de mi proyecto.

Ivette De Los Milagros Cando Sánchez

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a ti Abuelito desde el cielo GASPAR TIPAN GUATO por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos meses, gracias a ustedes he podido lograr llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome brindándome su apoyo moral, largo de esta etapa de mi vida. Aquellas personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a todas esas personas que me brindaron sus conocimientos.

Jennifer Alexandra Tipán Reinoso

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi proyecto de investigación a mis padres sin ellos no lo había logrado a mi padre por haberme forjado a seguir y convertirme en la persona que soy en la actualidad muchos de mis logros se los debo a ustedes entre ello se incluye mi trabajo, amor, paciencia, responsabilidad y aquellas personas que me acompañaron a lo largo de mi carrera.

Ivette De Los Milagros Cando Sánchez

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ESPAÑA

CARRERA DE TECNICATURA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

TEMA:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN GESTACIONAL EN EL
TERCER TRIMESTRE. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

AUTORAS: Ivette De Los Milagros Cando Sánchez, Jennifer Alexandra Tipán
Reinoso

DIRECTOR: Licenciada en enfermería Mónica Liliana Díaz Bautista Magister
en Enfermería Quirúrgica

FECHA: 08 de agosto de 2024

RESUMEN

La hipertensión gestacional representa el tipo más frecuente de problemas relacionados con la presión arterial durante el embarazo. Este estudio tuvo como objetivo analizar los cuidados de enfermería aplicados a madres gestantes con diagnóstico de hipertensión en el tercer trimestre con el fin de prevenir complicaciones materno-infantiles. Para ello, se empleó una metodología de investigación no experimental, centrada en la revisión de la literatura sobre la hipertensión gestacional. Se adoptó un enfoque cualitativo utilizando el método PRISMA, para la selección de estudios en base de datos académicas como PubMed, Cochrane y Science Direct. Este enfoque permitió la extracción de datos y la evaluación del riesgo de sesgo en los estudios seleccionados. Además, se utilizó un registro científico para organizar la información recopilada, lo que facilitó la identificación de patrones en la literatura existente. Como resultado de este proceso se seleccionaron 30 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. El análisis reveló varios factores de riesgo asociados con la hipertensión gestacional en el tercer trimestre, en los que destaca patrones de metilación del ADN, la actividad física moderada y el engrosamiento de la placenta. La prevalencia de hipertensión gestacional en el tercer trimestre del embarazo varía considerablemente entre diferentes estudios y regiones. Por ejemplo, datos recientes indican que la hipertensión gestacional afecta al 4.2% de los embarazos en Francia y al 8% en África Subsahariana, mientras que estudios en Estados Unidos reportan tasas que oscilan entre el 5% y el 13%. Dada la variabilidad en la prevalencia, es crucial priorizar estrategias de prevención en la atención gestacional para reducir los efectos colaterales asociados con la hipertensión gestacional.

Palabras claves: Hipertensión gestacional, Embarazo, Preeclampsia, Eclampsia y síndrome de Hellp.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión gestacional es una de las complicaciones frecuentes durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre, y puede tener consecuencias graves materno-infantiles. Se estima que afecta entre el 6% y el 17% de las mujeres gestantes primigestas, y entre el 2% y el 4% en mujeres multíparas (Sinkey et al., 2020). La incidencia de hipertensión gestacional es aún mayor en mujeres con antecedentes de preeclampsia en embarazos previos o en aquellas mujeres con embarazos múltiples (Luna & Martinovic, 2023).

Se trata de una condición crítica que afecta a un significativo número de mujeres durante el embarazo y representa un desafío importante para la salud global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos en el embarazo son responsables de la muerte de más de 166,000 mil mujeres al año a nivel mundial, con una incidencia especialmente alta en los países en desarrollo, donde las tasas de mortalidad pueden ser de cinco a nueve veces superiores (OMS, 2020). Esta elevada mortalidad refleja la necesidad urgente de mejorar las estrategias de prevención y manejo de la hipertensión gestacional en todo el mundo.

En América Latina, y específicamente en Ecuador, la hipertensión gestacional se ha convertido en una de las principales causas de complicaciones perinatales. En Ecuador, la preeclampsia es una de las principales causas de complicaciones durante el embarazo, afectando al 8.3% de los embarazos y contribuyendo al 14% de las muertes infantiles en Guayaquil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019). La alta prevalencia de estas complicaciones resalta la importancia de desarrollar e implementar estrategias efectivas para el manejo de la hipertensión durante el embarazo.

Este estudio se enfoca en analizar los cuidados de enfermería aplicados a mujeres embarazadas diagnosticadas con hipertensión en el tercer trimestre, con el objetivo de identificar las prácticas más efectivas para prevenir complicaciones materno-infantiles.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS

1.1 Antecedentes

La hipertensión gestacional y sus complicaciones asociadas, como la preeclampsia y el síndrome de HELLP, representan un reto considerable para la salud de la madre y el feto.

Sinkey et al. (2020) investigaron los trastornos hipertensivos en el embarazo, abarcando la hipertensión gestacional, así como las formas leves y severas de preeclampsia, y sus posibles complicaciones, incluyendo el síndrome de HELLP, el desprendimiento prematuro de placenta y la insuficiencia renal aguda. Mediante un enfoque epidemiológico, revisaron datos tanto globales como locales sobre la morbilidad y mortalidad materna y fetal asociadas a estos trastornos. Los autores identificaron que las medidas preventivas, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son cruciales para reducir su impacto. Concluyeron que una gestión efectiva de estos trastornos es clave para mejorar los indicadores de salud materna y fetal, que son esenciales para el desarrollo, tal como lo define la Organización de las Naciones Unidas.

Gardikioti et al. (2022) investigaron el impacto de trastornos hipertensivos durante el embarazo. Utilizando un enfoque longitudinal, evaluaron a mujeres embarazadas desde la semana 28 hasta el parto para comprender la relación entre el crecimiento fetal acelerado y las complicaciones hipertensivas. Los resultados destacaron el tercer trimestre como una etapa crítica, donde el rápido crecimiento fetal tuvo implicaciones significativas en el metabolismo materno. Las conclusiones resaltaron la importancia de una vigilancia cercana durante esta etapa para detectar y manejar tempranamente los trastornos hipertensivos, lo que podría reducir la morbilidad materna y fetal asociada.

Luna y Martinovic (2023) investigaron la prevalencia de la hipertensión durante el embarazo en América Latina y su asociación con el aumento de enfermedades cardiometabólicas en mujeres en edad reproductiva. Utilizando un enfoque epidemiológico, determinaron que la incidencia de hipertensión gestacional oscila entre el 8% y el 10%, y ha experimentado un aumento notable en las últimas décadas. Reunieron datos de salud pública y llevaron a cabo entrevistas con mujeres en edad reproductiva para analizar el acceso a servicios de salud y el manejo de enfermedades no transmisibles durante el embarazo. Los hallazgos indicaron una correlación entre la insuficiencia en el acceso a servicios de salud y un incremento en la incidencia de hipertensión durante el embarazo.

Ávila et al. (2024) examinaron el aumento de casos de hipertensión gestacional en Ecuador y su relación con la falta de pautas adecuadas de control prenatal. Utilizando un enfoque epidemiológico, analizaron datos de salud pública y registros médicos para determinar la incidencia de hipertensión gestacional y sus complicaciones en la población ecuatoriana. Los hallazgos indicaron que las complicaciones derivadas de la hipertensión gestacional constituyen una parte considerable de las tasas de mortalidad materna y perinatal en el país. Desde 2010, la preeclampsia ha emergido como la principal causa de fallecimiento materno a nivel nacional, subrayando la necesidad urgente de desarrollar y aplicar estrategias eficaces para el control prenatal con el fin de prevenir y manejar estas complicaciones en Ecuador.

Guamán (2023) analizó la gestión de la hipertensión gestacional con un enfoque técnico, prestando atención al manejo del incremento persistente de la presión arterial a partir de la semana 20 de gestación. Empleando un método práctico, evaluó la importancia de controlar regularmente la presión arterial y la frecuencia cardíaca, así como la vigilancia de la diuresis y el consumo de líquidos como parte del monitoreo continuo de las pacientes. Además, resaltó la necesidad de un seguimiento minucioso del equilibrio de electrolitos y los niveles de hematocrito por el personal de enfermería

para detectar posibles alteraciones que podrían indicar complicaciones relacionadas con la hipertensión gestacional.

1.2 Planteamiento del Problema

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), se ha establecido que los trastornos hipertensivos provocan el fallecimiento de más de 166.000 mil mujeres anualmente a nivel global. Esta cifra adquiere una dimensión aún más preocupante en naciones en desarrollo, donde la tasa de mortalidad es de cinco a nueve veces mayor. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es notablemente alta, variando entre el 8% y el 45%, mientras que la mortalidad perinatal se encuentra en un rango.

En Ecuador, la preeclampsia emerge como la principal causa de complicaciones perinatales, afectando al 8,3% de los embarazos y contribuyendo al 14% de las muertes infantiles en Guayaquil. Un estudio realizado en esta ciudad reveló que el 95% de las mujeres embarazadas presentaban preeclampsia, con un 20% de ellas experimentando complicaciones graves. Estos resultados destacan la necesidad urgente de mejorar las estrategias para la detección y manejo de la preeclampsia en el país (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

En Ambato, se desarrolló una guía de atención para mujeres embarazadas con hipertensión arterial en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Ambato. La aplicación de esta guía en una muestra de 100 mujeres embarazadas mostró que el 63% de las participantes presentaron hipertensión arterial en la tercera semana de gestación, mientras que un 25% lo hizo en la segunda semana y un 23% en la primera semana (Espín, 2019).

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería efectivas para prevenir complicaciones materno-infantiles en mujeres embarazadas diagnosticadas con hipertensión durante el tercer trimestre del embarazo?

1.3 Justificación

La hipertensión gestacional, especialmente durante el tercer trimestre de embarazo, representa una amenaza para en el ámbito de la salud materno-infantil debido a las complicaciones potencialmente graves, como preeclampsia severa, eclampsia, y desprendimiento prematuro de la placenta. Estas condiciones no solo representan un riesgo considerable para la vida de la madre, sino que también puede dar lugar a complicaciones severas para el feto, como el parto prematuro, la muerte fetal y limitaciones del crecimiento intrauterino en el neonato. La alta incidencia de estos trastornos resalta la necesidad urgente de implementar estrategias efectivas en la prevención y el manejo de la hipertensión en este crítico periodo del embarazo.

A pesar de la existencia de directrices establecidas para el manejo de la hipertensión gestacional, se ha identificado una notable falta de conocimiento y formación adecuada entre los proveedores de atención primaria, especialmente en relación con los cuidados específicos requeridos durante el tercer trimestre. La falta de capacitación puede resultar en una gestión inadecuada de los riesgos asociados, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones materno-infantiles.

La identificación de los factores de riesgo asociados a la hipertensión gestacional es crucial para desarrollar estrategias de intervención efectivas. Identificar estos factores y evaluar la prevalencia permitirá a los profesionales de la salud enfocar las intervenciones de enfermería que optimicen la prevención de complicaciones. Además, evaluar la prevalencia de la hipertensión gestacional en poblaciones específicas ayudara a establecer mejores prácticas de atención y a priorizar estrategias preventivas a adecuadas. La presente investigación busca abordar intervenciones de atención y proporcionar un análisis de las prácticas de cuidado, con el objetivo de mejorar los resultados materno-infantiles y reducir las

complicaciones asociadas con la hipertensión gestacional durante el tercer trimestre.

Un enfoque sistemático en la revisión y mejora de los cuidados de enfermería durante este crítico período del embarazo es esencial para elevar los estándares de atención y garantizar una gestión efectiva de la hipertensión gestacional.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Analizar los cuidados de enfermería aplicados a madres gestantes con diagnóstico de hipertensión en el tercer trimestre para la prevención de complicaciones materno infantil.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre para priorizar cuidados específicos en la atención materno infantil.

- Identificar la prevalencia de la hipertensión gestacional en el tercer trimestre para enfatizar la promoción de la salud materno infantil.

- Priorizar las estrategias de prevención en la atención gestacional, para disminuir los efectos colaterales por el desarrollo de la hipertensión.

1.5 Marco Referencial

1.5.1 Variables

- Hipertensión Gestacional
- Cuidados de Enfermería
- Tercer Trimestre de Gestación

1.5.2. Definiciones y Conceptos

1.5.3 Hipertensión arterial

Es una enfermedad crónica, en la que la presión ejercida por la sangre sobre las paredes arteriales sobrepasa el umbral normal. Durante el embarazo, se diagnostica hipertensión cuando la presión arterial diastólica alcanza o supera los 90 mmHg, o cuando la presión arterial sistólica es de 140 mmHg o más. (Moran, 2023).

A nivel mundial, la hipertensión arterial es considerada una enfermedad crónica, su desarrollo y progreso se ve influenciado por factores modificables y no modificables. Entre los factores que pueden ser modificados se encuentran el sedentarismo, la obesidad, alimentación alta en sodio, Por otro lado, los factores no modificables incluyen la edad, antecedentes familiares de hipertensión, el tiempo de gestación y los embarazos múltiples. (Álvarez et al., 2020).

1.5.4 Etiología de la hipertensión gestacional

Este trastorno hipertensivo aparece durante el embarazo, habitualmente después de la semana 20 de gestación. La causa precisa de la hipertensión gestacional no está completamente definida, ya que su desarrollo resulta de una interacción compleja entre factores genéticos, vasculares, inmunológicos y hormonales (Arcos, 2023).

Durante el tercer trimestre del embarazo, que abarca desde semana 28 hasta el parto, se observa un aumento significativo en la frecuencia cardíaca y en el gasto cardíaco, alcanzando su punto máximo al final de este período. Entre las semanas 30 y 34, se produce el máximo de la relación entre el volumen plasmático y la masa de eritrocitos, lo que puede dar lugar a una anemia fisiológica. Además, la presión arterial también puede aumentar durante el trabajo de parto activo para facilitar el proceso del parto (Khedagi & Bello, 2021).

Los mecanismos celulares y moleculares que subyacen a la hipertensión arterial durante el embarazo permanecen en gran medida desconocidos. Se considera que la hipertensión gestacional se desarrolla en dos fases: primero, una alteración en la circulación sanguínea hacia el útero y la placenta; después, un daño generalizado en los vasos sanguíneos y el revestimiento de estos, lo que lleva a una hipertensión arterial sistémica y posibles afectaciones en los órganos. (Gardikioti et al., 2022).

En el estudio de Königsberg et al. (2023), se identificó 18 ubicaciones genéticas asociadas, incluyendo 12 descubrimientos nuevos. Estas ubicaciones están relacionadas con procesos clave como la regulación de péptidos, el desarrollo de vasos sanguíneos, la función renal y la respuesta inmune. Estos hallazgos ofrecen información para predecir y comprender mejor estas complicaciones del embarazo.

1.5.3 Prevalencia de la hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional es la forma más frecuente de hipertensión durante el embarazo, afectando aproximadamente entre el 6% y el 17% de las mujeres que están embarazadas por primera vez, y entre el 2% y el 4% de las que han tenido varios embarazos. Esta incidencia es aún mayor en mujeres con antecedentes de preeclampsia y en aquellas que están esperando múltiples fetos. Además, algunas mujeres con hipertensión gestacional pueden desarrollar preeclampsia más adelante, siendo esta progresión del 50% en casos donde la hipertensión gestacional aparece antes de las 30 semanas de embarazo (Sinkey et al., 2020).

La hipertensión gestacional se considera como una de las principales causas de morbilidad, contribuyendo a 42,000 mil muertes a nivel mundial (Chappell et al., 2022). En otro estudio, se estableció alrededor de 18 millones de embarazos se vieron afectados el en Latinoamérica por presión arterial elevada en el 2019 y en el Ecuador alrededor del 8,3 % de las gestaciones ya que se deben a trastornos hipertensivos asociados con el embarazo, incluso en casos que no desarrollan preeclampsia (Chappell et al., 2022).

En un hospital público de Ecuador, se encontró que la mayoría de las mujeres embarazadas pertenecían al grupo etario de 25 a 40 años y estaban en riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos. Los antecedentes médicos y familiares mostraron una notable ausencia de condiciones patológicas previas, aunque se documentaron algunos casos graves. En particular, el 1.2% tenía un historial de eclampsia, el 2.4% padecía hipertensión arterial, el 4.2% había sufrido preeclampsia y el 10.8% presentaba sobrepeso (Abrigo et al., 2024).

1.5.5 Diagnósticos

Es esencial diferenciar la hipertensión gestacional de la hipertensión crónica y la preeclampsia. La hipertensión crónica se diagnostica cuando la presión arterial alta se observa antes de las 20 semanas de embarazo o persiste más allá de las 12 semanas posteriores al parto (OMS, 2020).

Cuando la hipertensión gestacional se acompaña de proteinuria y signos de disfunción orgánica, se clasifica como preeclampsia. La eclampsia se caracteriza por la presencia de convulsiones generalizadas en mujeres con preeclampsia severa que no ha sido controlada. Esta condición requiere una intervención médica urgente para evitar complicaciones graves para la madre y el feto (Cífková et al., 2023).

Monitoreo y evaluación continua

Una vez diagnosticada la hipertensión gestacional, es esencial realizar un monitoreo y la condición general de la madre y el feto. Este seguimiento permite detectar posibles complicaciones y decidir el mejor momento y modo de parto (OMS, 2020).

Proteinuria

Propósito: Evaluación para confirmar o descartar preeclampsia.

Método: Se sugiere realizar una evaluación inicial de la proteinuria en todas las mujeres embarazadas para descartar la presencia de enfermedad renal preexistente. Además, se recomienda un monitoreo continuo durante el segundo trimestre y el tercer trimestre del embarazo para identificar posibles signos de preeclampsia (Verlohren et al., 2022).

Pruebas adicionales

Función renal: Un incremento en los niveles de creatinina puede señalar daño renal, lo cual es relevante para estas condiciones. Además, se examina la relación proteína/creatinina en la orina, dado que la presencia de proteinuria es un marcador esencial para el diagnóstico de preeclampsia (Garcés et al., 2021).

Función hepática: Las pruebas de función hepática evalúan varios parámetros, como las transaminasas (AST y ALT), la bilirrubina total y la fosfatasa alcalina. Aumentos en estos niveles pueden indicar daño hepático o colestasis, que son complicaciones relacionadas con la preeclampsia severa (Garcés et al., 2021).

Conteo de plaquetas: Un recuento de plaquetas disminuido puede señalar la presencia de preeclampsia grave o del síndrome HELLP, que se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y reducción de plaquetas. La disminución

en el número de plaquetas aumenta el riesgo de sangrados durante el parto y en el posparto, y puede requerir un manejo más intensivo (López y Quintanilla, 2020).

Pruebas de agregación plaquetaria: Aunque menos comunes, estas pruebas pueden evaluar la capacidad de las plaquetas para formar coágulos. Alteraciones en la función plaquetaria pueden contribuir a problemas de coagulación, complicando aún más la gestión del embarazo (López y Quintanilla, 2020).

Relación sFlt-1/PIGF: Determinar la relación entre estas dos proteínas ayuda a evaluar el riesgo de preeclampsia y otros problemas relacionados con la placenta. Un aumento en esta relación puede indicar un mayor riesgo de preeclampsia severa y proporcionar información valiosa para el manejo clínico (Verlohren et al., 2022).

Monitoreo Regular de Parámetros

La supervisión continua de indicadores como los niveles de proteína en la orina, hemoglobina y hematocrito, junto con la realización de pruebas adicionales, como la evaluación de las glándulas suprarrenales, permite una atención más eficaz y temprana durante el embarazo. Este enfoque ayuda a minimizar los riesgos para la salud de la madre y del feto (Cerdeira et al., 2021).

1.5.6. Signos y síntomas de la hipertensión gestacional

Signos

- ✓ Incremento en la presión arterial, generalmente identificado por una lectura de presión arterial sistólica de 140 mm Hg o superior.
- ✓ Edema periférico, manifestado como hinchazón en las extremidades, especialmente notorio en las extremidades inferiores.

Síntomas

- ✓ Cefaleas persistentes, que pueden ser continuas o recurrentes.
- ✓ Trastornos visuales, como visión borrosa, luces intermitentes o puntos ciegos.
- ✓ Náuseas persistentes.
- ✓ Dolor epigástrico.
- ✓ Oliguria, que es una reducción en la cantidad de orina producida.

1.5.7. Clasificación de la hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional se caracteriza por un aumento en la presión arterial ($\geq 140/90$ mmHg) que se manifiesta después de la semana 20 de gestación en mujeres que antes tenían una presión arterial normal, sin presentar otros indicios de preeclampsia. Normalmente, esta condición se resuelve después del parto (Munera et al., 2021).

La hipertensión preexistente se define como aquella que ya estaba presente antes de comenzar el embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación. Asimismo, si la hipertensión se detecta después de la semana 20 pero continúa durante las 12 semanas posteriores al parto, también se considera hipertensión crónica (Luna et al., 2023).

La preeclampsia es una forma más severa de hipertensión gestacional que no solo se manifiesta con un aumento en la presión arterial, sino también con evidencia de daño a órganos. Esto puede incluir proteinuria o alteraciones en la función hepática, renal, neurológica o hematológica. La preeclampsia se divide en dos categorías: leve, que se caracteriza por una presión arterial $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria moderada; y severa, donde la presión arterial alcanza $\geq 160/110$ mmHg y se acompaña de proteinuria junto con síntomas adicionales que indican daño orgánico (Munera et al., 2021).

La eclampsia es la forma más extrema y grave de hipertensión relacionada con el embarazo, caracterizada por la presencia de convulsiones generalizadas en el contexto de una preeclampsia descontrolada. Esta condición demanda una intervención médica inmediata para evitar complicaciones serias para la madre y el feto (Cífková et al., 2023).

1.5.8. Complicaciones relacionadas a la hipertensión gestacional

Complicaciones maternas

Daño Hepático: Durante el embarazo, la hipertensión gestacional puede inducir daño hepático al aumentar la carga hemodinámica sobre el hígado. Esto se asocia con alteraciones en la perfusión sanguínea y la función endotelial, lo que puede desencadenar lesiones hepáticas como colestasis o hepatopatía isquémica (Parente et al., 2021).

Daño Renal: La hipertensión gestacional eleva la presión arterial, comprometiendo la integridad de los vasos sanguíneos renales de pequeño calibre. La alteración en la microcirculación renal puede resultar en una reducción en la capacidad funcional del riñón y en un aumento de la liberación de proteínas en la orina, un fenómeno conocido como proteinuria. Sin una intervención adecuada, esta condición puede progresar hacia una insuficiencia renal crónica, intensificando los problemas de salud materna y perjudicando el desenlace del embarazo (Parente et al., 2021).

Síndrome de HELLP: El síndrome de HELLP se presenta como una condición grave que puede evolucionar a partir de una preeclampsia severa. Se identifica por tres alteraciones principales: destrucción rápida de glóbulos rojos, elevación de enzimas hepáticas que indica daño significativo en el hígado, y

una disminución en el número de plaquetas, lo que eleva el riesgo de trastornos de coagulación y sangrados (Gardikioti et al., 2022).

Emergencia hipertensiva: En casos de emergencia hipertensiva durante el embarazo, se caracteriza por una presión arterial sistólica de 160 mmHg o más, y una presión arterial diastólica de 110 mmHg o superior, o por una presión arterial diastólica extremadamente alta, mayor a 120 mmHg, acompañada de daño agudo y progresivo en los órganos (Johnson et al., 2020).

Complicaciones Fetales

Restricción del crecimiento intrauterino: La restricción del crecimiento intrauterino se manifiesta cuando el feto no alcanza el peso esperado para su etapa de desarrollo, ubicándose por debajo del percentil 10 en las curvas de crecimiento fetal. La insuficiente circulación placentaria y los problemas en la función endotelial asociados con la hipertensión afectan el crecimiento fetal, elevando el riesgo de complicaciones como asfixia al nacer y un bajo peso al nacer (Mendoza et al., 2020).

Muerte fetal intrauterina: La muerte fetal intrauterina se refiere a la pérdida del feto que ocurre después de la semana 20 de gestación, pero antes del inicio del parto. El estadio severo puede conducir a insuficiencia placentaria, alterando el flujo sanguíneo y reduciendo la oxigenación fetal. Esta falta de nutrientes esenciales y oxígeno puede causar la muerte del feto (Mendoza et al., 2020).

Factores de riesgo de hipertensión gestacional

Los factores que incrementan la probabilidad de desarrollar hipertensión gestacional comprenden aspectos biológicos como la obesidad y la diabetes

gestacional, predisposiciones genéticas, así como factores sociales como el acceso restringido a la atención prenatal.

Antecedentes clínicos (Pérez et al., 2021)

Hipertensión crónica: Mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional debido a la carga adicional que ejerce el embarazo sobre el sistema cardiovascular.

Diabetes: Afecta los vasos sanguíneos y afectar la regulación de la presión arterial.

Enfermedades renales: Las enfermedades que afectan los riñones pueden provocar desequilibrios en los líquidos y electrolitos del cuerpo, contribuyendo a la hipertensión durante el embarazo.

Trastornos autoinmunes: Estos trastornos pueden generar inflamación sistémica y afectar la función del endotelio, predisponiendo a la mujer a desarrollar hipertensión gestacional.

Antecedentes familiares de preeclampsia: La predisposición genética puede influir en la función circulatoria, aumentando el riesgo de preeclampsia.

Factores relacionados con el embarazo (Wisner., 2019)

Edad materna avanzada: Con la edad, aumenta la probabilidad de problemas metabólicos y cardiovasculares que pueden llevar a trastornos hipertensivos.

Primer embarazo: Las mujeres que están experimentando su primer embarazo pueden enfrentar una adaptación fisiológica menos efectiva, lo que incrementa su riesgo de desarrollar hipertensión gestacional.

Obesidad: El exceso de peso corporal favorece la resistencia a la insulina y la inflamación crónica, ambos factores que pueden predisponer a la hipertensión durante el embarazo.

Embarazos múltiples: La gestación de gemelos o más incrementa las demandas fisiológicas del cuerpo, incluyendo la circulación sanguínea, lo cual puede aumentar la presión arterial.

El estatus económico se identifica como un factor de riesgo para la hipertensión durante el embarazo por varias razones. Las mujeres en situaciones económicas desfavorecidas pueden experimentar dificultades para acceder a atención médica adecuada y a consultas prenatales periódicas (Romero et al., 2022).

El apoyo social es necesario para proporcionar recursos emocionales y prácticos que ayuden a manejar el estrés durante el embarazo. La ausencia de una red de apoyo puede llevar a niveles elevados de ansiedad y depresión (Romero et al., 2022).

1.5.9. Tratamiento farmacológico para hipertensión gestacional **Tratamiento no farmacológico**

Modificaciones en el estilo de vida

Dieta balanceada: Es esencial seguir una dieta equilibrada durante el embarazo, incorporando una variedad de alimentos nutritivos como frutas, verduras, proteínas magras y granos enteros. Limitar la ingesta de sal es crucial para gestionar la presión arterial, especialmente en el último trimestre. Una dieta baja en sodio contribuye a mantener un volumen adecuado de sangre y disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas con la hipertensión gestacional (Vite & Rafael, 2022).

Actividades físicas moderadas: Se sugiere practicar ejercicios aeróbicos de tres a cuatro veces a la semana, con sesiones que duren entre 30 y 60 minutos cada una. Este tipo de actividad física no solo previene el incremento de peso durante el embarazo, sino que también disminuye los trastornos hipertensivos, aportando beneficios adicionales para la salud de la madre y el bebé (Webster et al., 2019).

Monitoreo y vigilancia

Control: Es fundamental realizar un monitoreo continuo de la presión arterial para manejar de manera efectiva la hipertensión gestacional y evitar posibles complicaciones (Ochoa et al., 2021).

Bienestar fetal: El monitoreo constante del bienestar fetal es crucial para identificar cualquier señal de complicaciones asociadas con la hipertensión, garantizando así la salud y seguridad tanto de la madre como del bebé (Ochoa et al., 2021).

Reposo relativo: En el tercer trimestre del embarazo, es esencial adoptar un régimen de reposo adecuado. Esto implica evitar el esfuerzo físico excesivo y asegurarse de tener períodos de descanso regular durante el día, lo cual es fundamental para gestionar la hipertensión gestacional (Webster et al., 2019).

Tratamiento farmacológico

Nifedipino: Para casos de hipertensión severa, el Nifedipino se administra en dosis que varían entre 10 y 40 mg por día, distribuidas en 1 a 4 dosis a lo largo del día. Este medicamento bloquea los canales de calcio y debe

administrarse con precaución para evitar una reducción brusca de la presión arterial. Es seguro durante la lactancia materna, ofreciendo una opción adecuada para las pacientes en esta etapa (MSP, 2016).

Alfametildopa: La alfametildopa se administra en dosis orales de 250 a 500 mg, repartidas en 2 a 4 tomas diarias, con una dosis máxima diaria de 2 gramos. Este fármaco actúa como un agonista alfa-adrenérgico central, disminuyendo la resistencia periférica. Su seguridad, tanto a corto como a largo plazo, para el feto y el recién nacido está ampliamente comprobada, lo que la convierte en una opción efectiva y segura para tratar la hipertensión durante el embarazo (MSP, 2016).

Aspirina: La aspirina en dosis bajas puede ser recomendada en algunos casos para reducir el riesgo de complicaciones, especialmente en mujeres con alto riesgo. Actúa reduciendo la agregación plaquetaria y mejorando la perfusión placentaria, aunque su uso debe ser evaluado individualmente por el médico (Vite & Rafael, 2022).

Magnesio: El sulfato de magnesio se emplea principalmente para la prevención de convulsiones dadas por eclampsia. Actúa como un agente anticonvulsivo y también puede ayudar a proteger al feto al mejorar el flujo sanguíneo placentario y reducir el riesgo de complicaciones graves (Johnson et al., 2020).

1.5.10. Intervenciones de enfermería en hipertensión gestacional

En el contexto de las intervenciones de enfermería para la hipertensión gestacional, es fundamental que el personal realice un examen físico minucioso para identificar precozmente signos de preeclampsia o eclampsia. Asimismo, el seguimiento de pruebas de laboratorio, incluidos análisis de sangre y orina, es

crucial para vigilar la salud tanto de la madre como del feto. Asimismo, una evaluación continua del bienestar del feto para detectar cualquier alteración en su estado (Ferreira et al., 2019).

Tabla 1. *Intervenciones de enfermería en hipertensión gestacional.*

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	de	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Resultados de Enfermería (NOC)
Riesgo de preeclampsia	de	Monitorización de signos vitales, evaluación de edemas y proteína en orina, administración de medicamentos según indicaciones médicas	Ausencia de convulsiones, presión arterial controlada, niveles normales de proteína en orina
Desequilibrio de líquidos y electrolitos	de	Monitoreo de ingesta y eliminación de líquidos, administración de líquidos intravenosos, control de niveles de electrolitos séricos	Equilibrio hídrico adecuado, ausencia de edema pulmonar, perfusión tisular adecuada
Riesgo de deterioro del bienestar fetal	de	Monitorización continua del ritmo cardiaco fetal, evaluación de movimientos fetales.	Frecuencia cardiaca fetal normal, ausencia de sufrimiento fetal agudo, adecuado crecimiento fetal
Ansiedad	de	Brindar apoyo emocional, educar sobre la condición y su manejo	Reducción de los niveles de ansiedad, expresión de confianza en el manejo de la situación, participación efectiva en

Fuente: (Pogo, 2023); (Quijije et al., 2023); (García López, 2020).

Hipertensión: La hipertensión, o presión arterial alta, es una enfermedad crónica en la que los vasos sanguíneos mantienen una presión elevada de manera continua. La sangre circula desde el corazón hacia el resto del cuerpo a través de los vasos sanguíneos, y con cada latido, el corazón envía sangre a estos vasos. La presión arterial se produce por la fuerza con la que la sangre empuja contra las paredes de las arterias cuando el corazón late. A mayor presión, mayor es la dificultad para el corazón al bombear sangre (OMS, 2020).

Preeclampsia: Es un trastorno que se presenta durante el embarazo, caracterizado por la presencia de hipertensión y proteinuria que aparece después de la semana 20 de gestación. Puede también implicar daño a órganos como el hígado y los riñones (Gozar et al., 2024).

Eclampsia: Es una forma severa de preeclampsia que se manifiesta mediante la aparición de convulsiones generalizadas o coma en una mujer embarazada sin historial de epilepsia (Hauspurg & Jeyabalan, 2022).

Síndrome de HELLP: Es una complicación grave que surge de la preeclampsia y se caracteriza por una triada de síntomas: destrucción de glóbulos rojos, aumento de las enzimas hepáticas y una reducción significativa en el conteo de plaquetas. Este síndrome puede conducir a insuficiencia hepática y renal y suele requerir la inducción del parto para proteger la salud de la madre y del feto (Gardikioti et al., 2022).

Presión arterial: Es la presión que la sangre ejerce contra las paredes de las arterias durante el ciclo cardíaco, incluyendo la fase de contracción y la fase de relajación. Esta medida, expresada en milímetros de mercurio (mmHg), es fundamental para evaluar la salud del sistema cardiovascular (Álvarez et al., 2022).

Embarazo: Es el proceso durante el cual un feto se desarrolla dentro del útero materno, comenzando desde la fertilización del óvulo y prolongándose hasta el momento del parto. Este periodo se divide en tres trimestres y se cuenta desde el primer día del último ciclo menstrual hasta el nacimiento. El embarazo implica una serie de cambios físicos, metabólicos y hormonales en la mujer (López & Quintanilla, 2020).

Prematuro: Se refiere a un neonato que nace antes de completar las 37 semanas de gestación. Los neonatos prematuros a menudo presentan un desarrollo incompleto de órganos y sistemas, lo que puede resultar en complicaciones clínicas que requieren cuidados especializados (Hauspurg & Jeyabalan, 2022).

Insuficiencia renal: Es una condición patológica caracterizada por la disminución crónica o aguda de la función renal, manifestada por la incapacidad de los riñones para realizar adecuadamente sus funciones de filtración y excreción. Esto conlleva a la acumulación de productos de desecho, como la creatinina y la urea, en la sangre, así como alteraciones en el equilibrio de electrolitos y fluidos corporales (Gardikioti et al., 2022).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

2.1 Diseño metodológico

La investigación actual adopta un diseño no experimental, centrándose en la revisión de la literatura para abordar el problema de estudio relacionado con la hipertensión gestacional. Se trata de una investigación de alcance bibliográfico que, a través de la revisión de artículos científicos y documentos de divulgación oficial, tiene como objetivo comprender en profundidad los cuidados de enfermería para la gestión de la hipertensión gestacional.

2.2 Enfoque de investigación

Se utilizó un enfoque cualitativo para la investigación, realizando una revisión sistemática de la literatura con el método PRISMA. Este método se implementó en diferentes bases de datos académicas, como Science Direct, PubMed y Cochrane, con el propósito de recolectar la evidencia disponible durante el tercer trimestre del embarazo. La adopción de este enfoque cualitativo facilitó un análisis exhaustivo y una comprensión profunda de los cuidados del personal de enfermería relacionados con la hipertensión gestacional, a partir de la revisión de la literatura existente.

2.3 Cuestionario o Instrumentos Utilizados

El método PRISMA, es una guía fundamental para la realización de revisiones de la literatura. El objetivo principal es desarrollar un conjunto de directrices y estándares para la planificación, ejecución y difusión de este tipo de

investigaciones, con el propósito de mejorar la precisión, la calidad y la capacidad de reproducción de los estudios (Morales, 2022).

En esta investigación, se ha utilizado una bitácora científica como herramienta principal para condensar y estructurar los documentos científicos obtenidos de diversas bases de datos académicas. Gracias a su aplicación, logró mantener un registro meticuloso y organizado de la información recolectada, lo que ha simplificado la identificación de tendencias, patrones y vacíos en la literatura relacionada con los cuidados del personal de enfermería en casos de hipertensión gestacional.

2.4 Población

En esta búsqueda de artículos científicas se recopiló 243 la cual fueron seleccionados para esta investigación

2.5 Muestreo

En esta investigación, se adoptó un enfoque no experimental y cualitativo mediante una revisión sistemática de la literatura empleando el método PRISMA. En lugar de seleccionar una muestra específica de participantes, se recopiló y analizó la información disponible en diversas bases de datos académicas como PubMed, Cochrane y Science Direct. El propósito fue reunir 30 artículos científicos y documentos relevantes que abordaran los cuidados de enfermería específicos para el manejo de la hipertensión gestacional.

Criterios de Inclusión

- Artículos publicados desde el año 2019 hasta el año 2024.
- Artículos que presenten el texto completo y finalizado.
- Publicaciones en idiomas de inglés y español.
- Investigaciones con ensayos clínicos, estudios de cohortes o transversales.
- Artículos que incluyan mujeres embarazadas con hipertensión gestacional.
- Estudios que evalúen el manejo de enfermería en hipertensión gestacional.

Criterios de Exclusión

- Investigaciones no revisadas por pares o no académicos.
- Documentos de paga o de acceso limitado.
- Estudios que no se centren en hipertensión gestacional o en poblaciones distintas.
- Libros o manuales generales sin datos de investigación.
- Investigaciones con problemas metodológicos graves o análisis inválidos.

2.6 Recursos

Recursos tecnológicos: Se emplearon computadoras y dispositivos electrónicos para realizar búsquedas en línea. De igual forma, se utilizó el programa Covidence para la revisión sistemática y Zotero para la gestión de referencias bibliográficas.

Recursos humanos: Dos investigadoras participaron en la revisión sistemática y el análisis de los resultados, bajo la orientación de un tutor experto en investigación.

Recursos financieros: El proceso de investigación fue autofinanciado.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Tabulación e Interpretación de Datos

En este estudio, se realizó una revisión sistemática examinando una variedad de artículos recopilados de diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane y Science Direct. La revisión se centró en los cuidados de enfermería asociados con la hipertensión gestacional en el tercer trimestre del embarazo y en la evaluación del avance en la investigación sobre este tema particular.

Tabla 1. Base de datos usadas para la recolección de información.

Objetivos específicos	Bases de Datos	de Artículos Encontrados	Palabras claves
Describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre para priorizar cuidados específicos en la atención materno infantil.	PubMed	9	(Preeclampsia) AND (Third trimester of pregnancy) AND (Risk factors)
	Cochrane	2	
	Science	1	
	Direct		

Identificar la prevalencia de la hipertensión gestacional en el tercer trimestre para enfatizar la promoción de la salud materno infantil.

PubMed 10
 Cochrane 0
 Science 3
 Direct

("gestational hypertension" OR "pregnancy-induced hypertension" OR "hypertensive disorders of pregnancy") AND ("third trimester" OR "late pregnancy" OR "third trimester pregnancy") AND ("prevalence" OR "incidence" OR "frequency") AND ("maternal health" OR "infant health" OR "maternal and child health" OR "health promotion")

Priorizar las estrategias de prevención en la atención gestacional, para disminuir los efectos colaterales por el desarrollo de la hipertensión.

PubMed 2
 Cochrane 1
 Science 2
 Direct

("prevention strategies" OR "preventive measures") AND ("gestational care" OR "antenatal care" OR "prenatal care") AND ("gestational hypertension" OR "pregnancy-induced hypertension" OR "hypertensive disorders of pregnancy") AND ("adverse effects" OR "complications")

Fuente: (Cando, I., Tipan, A., 2024)

Para describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre y priorizar cuidados específicos en la atención materno-infantil, se encontraron 12 artículos relevantes. Estos se distribuyen en las siguientes bases de datos: 9 artículos de PubMed, 2 artículos de Cochrane y 1 artículo de Science Direct. Para identificar la prevalencia de la hipertensión gestacional en el tercer trimestre, se recuperaron 13 artículos, con 10 provenientes de PubMed y 3 de Science Direct. En cuanto a las estrategias de prevención en la atención gestacional para disminuir los efectos colaterales de la hipertensión, se obtuvieron 5 artículos, distribuidos en 2 de PubMed, 1 de Cochrane y 2 de Science Direct. Dando una base de datos para la presente investigación de 30 artículos científicos.

1. Describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre para priorizar cuidados específicos en la atención materno infantil.

Tabla 2. Resultados relacionados con el objetivo específico 1.

Autores	Revista de publicación	Año	Metodología	Hallazgos específicos
Borre et al. (2023)	Natural Medical	2023	Estudio de cohorte retrospectivo	Correlación entre los patrones de metilación del ADN y el desarrollo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre, lo que sugiere un potencial para el diagnóstico precoz y la intervención temprana en embarazos de alto riesgo.
Watkins et al. (2021)	American Journal of	2021	Estudio de cohorte	Los resultados del tercer trimestre mostraron que

	Obstetrics and Gynecology		prospectivo	las mujeres embarazadas que mantenían una rutina constante de actividad física moderada a intensa presentaban un riesgo mucho menor de desarrollar hipertensión en comparación con aquellas que realizaban menos actividad física.
Chaemsaithong et al. (2023)	American Journal of Obstetrics and Gynecology	2023	Revisión sistemática	Los modelos basados en el factor de crecimiento placentario (PIGF) lograron una predicción para la hipertensión gestacional de inicio temprano que fue significativamente mejor que la de PIGF solo, pero similar a la del cociente sFLT-1/PIGF.
Strebeck et al. (2022)	Obstetrics & Gynecology Survey	2022	Revisión de la literatura para clarificar qué clasifica a una placenta como "engrosada" y revisar la incidencia	El hallazgo principal de la revisión es que una placenta engrosada se asocia con riesgo de hipertensión. La literatura revisada indica que las mujeres con una placenta engrosada tienen una

			asociada, mayor incidencia de comorbilidades preeclampsia, junto con maternas y otras comorbilidades fetales, y maternas y fetales como manejo durante el embarazo. obesidad, diabetes, preeclampsia y embarazo múltiple
--	--	--	--

Melamed et al. (2023)	Hypertension 2023	Estudio de cohorte retrospectivo	El principal hallazgo del estudio indica que, mientras que un nivel elevado de alfa-fetoproteína (AFP) en el primer trimestre no está asociado con complicaciones, un aumento en los niveles de AFP durante el tercer trimestre sí se vincula con problemas relacionados con la placenta, como la preeclampsia. Esto sugiere que el AFP en el tercer trimestre puede considerarse un factor de riesgo para la hipertensión gestacional y otras complicaciones relacionadas con la placenta en etapas
-----------------------	-------------------	----------------------------------	--

				posteriores del embarazo.
Tiselko et al. (2022)	Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine	2022	Estudio observacional analítico	Se ha observado una relación entre la variabilidad glucémica patológica, evaluada mediante diversos índices de severidad, y la incidencia de hipertensión gestacional en el tercer trimestre del embarazo en mujeres con diabetes mellitus tipo 1.
Rana et al. (2019)	Circulation Research	2019	Revisión bibliográfica	Se subraya el papel crucial de la placenta en el desarrollo de la hipertensión gestacional durante el tercer trimestre del embarazo. Además, se analiza la relevancia de los biomarcadores angiogénicos para evaluar el riesgo de la enfermedad y se considera el efecto a largo plazo en la salud cardiovascular y metabólica de las mujeres que han sufrido preeclampsia.

Townsend et al. (2019)	Ultrasound Obstet Gynecol	2019	Análisis de ensayos clínicos aleatorizados	de	En el tercer trimestre de gestación, los factores de riesgo específicos incluyen un índice de masa corporal (IMC) superior a 35 kg/m ² , un IMC mayor a 25 kg/m ² , un índice de pulsatilidad o índice de resistencia de la arteria uterina en el primer trimestre que exceda el percentil 90, así como niveles elevados de factor de crecimiento placentario y proteína placentaria 13.
MacDonald et al. (2021)	EBioMedicine	2021	Análisis de ensayos clínicos aleatorizados	de	Aunque existen opciones limitadas, se ha desarrollado y validado un algoritmo de detección en el tercer trimestre para predecir la hipertensión gestacional pre-término, con escasa utilidad para la enfermedad a término, donde radica la mayor carga. Biomarcadores como sFlt-1 y el factor de crecimiento placentario

ahora se utilizan clínicamente en casos de preeclampsia pre-término sospechada; su alto valor predictivo negativo permite excluir la enfermedad con confianza en mujeres con resultados normales, pero la sensibilidad es modesta.

Hirohito Metoki et al. (2022)	Hypertension Research	2022	Estudio de serie de casos	Se identificó una mayor incidencia de hipertensión gestacional en mujeres embarazadas mayores de 36 años, especialmente aquellas con antecedentes de hipertensión arterial crónica y nuliparidad. La hipertensión gestacional fue más común en el tercer trimestre del embarazo. Además, la evaluación del conocimiento de las gestantes sobre la enfermedad mostró que, en general, su nivel de
-------------------------------	-----------------------	------	---------------------------	--

					conocimiento era moderado.
Yingying Yang et al. (2021)	JAMA Network Open	2021	Estudio observacional analítico		La relación entre la obesidad y la nuliparidad con la preeclampsia podría indicar variaciones en los factores de estilo de vida y en la atención médica, pero también podría deberse a diferencias en la fisiopatología entre distintos grupos de población.
Wiles et al. (2020)	Clinical Journal of the American Society of Nephrology	2020	Estudio clínico aleatorizado		Las mujeres con enfermedad renal crónica (ERC) tienen una probabilidad diez veces mayor de desarrollar preeclampsia en comparación con aquellas sin ERC, con la preeclampsia afectando hasta el 40% de los embarazos en estos casos.
Poornima et al. (2022)	Journal of Clinical Lipidology	2022	Ensayo clínico		La hiperlipidemia, especialmente la hipertrigliceridemia, se asociaba

significativamente con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, lo que resalta la importancia de la detección y manejo adecuado en este contexto.

Hornová et al. (2023)	Ceska Gynekologie	2023	Búsqueda estructurada de fuentes literarias	Las mujeres con diabetes pregestacional tienen un riesgo de 2 a 4 veces mayor de desarrollar preeclampsia. Los factores de riesgo principales incluyen un manejo deficiente de la diabetes, nefropatía diabética, retinopatía y la duración de la diabetes.
-----------------------	-------------------	------	---	---

Fuente: (Cando, I., Tipán, A., 2024)

Objetivo 2. Identificar la prevalencia de la hipertensión gestacional en el tercer trimestre para enfatizar la promoción de la salud materno infantil.

Tabla 3. Resultados relacionados con el objetivo específico 2.

Autores	Revista de publicación	Año	Metodología	Hallazgos específicos
Khedagi & Bello (2021)	Cardiología y Clínica	2021	Revisión descriptiva y análisis de datos de prevalencia de hipertensión en el embarazo.	La hipertensión complicó entre el 5% y 10% de los embarazos. La prevalencia de hipertensión durante las hospitalizaciones de parto aumentó de 67.2 a 81.4 por 1000 entregas entre 1998 y 2006.
Arriaga & Montes (2021)	Ginecología y Obstetricia de México	2021	Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo mediante revisión de expedientes médicos.	La hipertensión inducida por el embarazo se documentó en 4 casos (9.1%) de un total de 44 pacientes.
Ford et al. (2022)	CDD	2022	Análisis de datos nacionales de hospitalizaciones de parto para calcular la prevalencia de trastornos	La prevalencia de hipertensión gestacional aumentó del 10.8% en 2017 al 13.0% en 2019.

			hipertensivos en el embarazo (HDP).
Hernández et al. (2023)	Ginecología y Obstetricia de México	2023	Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en mujeres embarazadas con obesidad pregestacional. La prevalencia de hipertensión gestacional en mujeres con obesidad pregestacional fue del 7.4%.
Nath et al. (2021)	J Family Prim Care	Med 2021	Estudio descriptivo realizado en tres hospitales públicos en Bengaluru, India, con 783 mujeres embarazadas. La prevalencia de hipertensión en el embarazo fue del 13.9%.
Laine et al. (2024)	Obstetrics and Gynaecology Research	and 2024	Estudio de cohortes basado en población utilizando el Registro de Nacimientos de Noruega y Estadísticas de Noruega. La prevalencia de preeclampsia fue del 11.8% en embarazos gemelares y del 3.4% en embarazos únicos (p=0.001). El riesgo de preeclampsia en embarazos gemelares fue 3 a 4 veces mayor.
Mitsumasa &	Hypertension	2020	Revisión de La prevalencia de

Gen (2020)	Research		literatura epidemiológica sobre los trastornos hipertensivos en el embarazo.	hipertensión gestacional es del 1.8% al 4.4%, y la prevalencia de preeclampsia varía del 0.2% al 9.2%.
Bello et al. (2021)	JAMA Network Open	2021	Estudio de cohortes con 137,389 embarazos utilizando las guías de presión arterial de 2017 de ACC/AHA.	La prevalencia de hipertensión aumentó del 10.3% al 28.1% al aplicar las nuevas guías. El índice de reclasificación neto para la identificación de preeclampsia futura fue del 20.8%, y del 3.8% para eventos adversos fetales/neonatales.
Olié et al. (2021)	Clinical Hypertension	2021	Estudio de cohortes a nivel nacional en Francia con seguimiento de 6,302,810 partos entre 2010 y 2018.	La prevalencia fue del 7.4%. La preeclampsia afectó al 2.0% de los embarazos y la hipertensión gestacional al 4.2%. El síndrome de HELLP representó el 10.4% de los casos de preeclampsia.
Corrigan et al. (2021)	Pregnancy Hypertension	2021	Estudio sobre trastornos hipertensivos en	La prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo (HDP) fue

mujeres que dieron a luz en Irlanda. del 5.9%. El 79% de los casos de HDP fueron de preeclampsia. Las mujeres con HDP tuvieron una probabilidad 2.6 veces mayor de experimentar restricción del crecimiento fetal, 3.7 veces mayor de tener parto prematuro, y 5.6 veces mayor de permanecer en el hospital ≥ 6 días.

Shiferaw et al. (2021)	Hypertension in Pregnancy	Revisión sistemática y meta-análisis de estudios observacionales en 19 países de África Subsahariana entre 2000 y 2018.	La prevalencia combinada de trastornos hipertensivos del embarazo fue del 8%. La prevalencia específica fue: hipertensión crónica 0.9%, hipertensión gestacional 4.1%, preeclampsia 4.1%, y eclampsia 1.5%.
------------------------	---------------------------	---	---

Fuente: (Cando, I., Tipán, A., 2024)

Objetivo 3. Priorizar las estrategias de prevención en la atención gestacional, para disminuir los efectos colaterales por el desarrollo de la hipertensión.

Tabla 4. Resultados relacionados con el objetivo específico 3.

Autores	Revista de publicación	de Año	Metodología	Hallazgos específicos
Parente et al. (2021)	Archivos de Medicina Deporte	2021	Revisión sistemática de intervenciones con ejercicio físico durante el embarazo para la hipertensión y preeclampsia.	El entrenamiento en mujeres con embarazos sin complicaciones reduce la incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia. El programa más beneficioso es el entrenamiento concurrente combinado con flexibilidad, con una duración mínima de 29 semanas, frecuencia de al menos 3 días semanales, y sesiones con intensidad del 50-70% de la frecuencia cardíaca máxima y 10-14 en la Escala de Borg, con duración de 45-60 minutos por sesión.
Nobles et al. (2022)	Hypertension	2022	Análisis de datos del estudio	La presión arterial preconcepcional alta y

				EAGeR. Medición de la presión arterial durante las primeras semanas de preconceptual y durante las primeras semanas del embarazo.	los cambios en la presión arterial durante las primeras semanas de embarazo se asocian con un mayor riesgo de preeclampsia e hipertensión gestacional. Se recomienda el monitoreo continuo de la presión arterial antes y durante el primer trimestre del embarazo.
Gao et al. (2022)	REVISE	2022	Revisión de estudios sobre la actividad física y la hipertensión gestacional.	La actividad física mejora la perfusión sanguínea placentaria, reduce el estrés oxidativo, y mejora la resistencia a la insulina.	
Sinkey et al. (2020)	Current Hypertension Reports	2020	Revisión de directrices internacionales sobre la prevención, diagnóstico y manejo de trastornos hipertensivos durante el embarazo.	La aspirina es recomendada universalmente para las mujeres de alto riesgo para reducir el riesgo de preeclampsia. Las dosis y el momento de inicio varían. Existen diferencias en los umbrales de presión arterial para la iniciación	

de medicamentos antihipertensivos y los objetivos de presión arterial entre las directrices internacionales.

Reddy & Jim	Advances in 2019 Chronic Kidney Disease	Revisión de estrategias para la gestión de la hipertensión inducida por el embarazo y riesgos futuros asociados.	La hipertensión inducida por el embarazo debe ser manejada para prevenir complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares sin afectar al feto. Se recomienda iniciar la terapia antihipertensiva solo en casos de hipertensión severa (presión sistólica ≥ 160 mm Hg o diastólica ≥ 105 mm Hg). Se enfatiza la evaluación pregestacional y el monitoreo continuo durante y después del embarazo para prevenir daños a largo plazo en órganos.
-------------	---	--	--

Fuente: (Cando, I., Tipán, A., 2024)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

4.1 Discusión de Resultados

Al revisar los estudios sobre factores de riesgo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre del embarazo, se destacan diversas aproximaciones metodológicas y resultados específicos. Entre estas aproximaciones, se encuentran los estudios observacionales, como los estudios de cohorte y transversales, que permiten analizar la aparición de la hipertensión gestacional y su relación con diversos factores de riesgo en momentos específicos. Además, los estudios de casos y controles comparan a las mujeres afectadas con aquellas no afectadas para identificar diferencias en los factores de riesgo. La revisión de literatura consolidada aporta al entendimiento de la prevalencia y las características asociadas a la hipertensión gestacional.

En el análisis de los estudios sobre factores de riesgo de hipertensión gestacional en el tercer trimestre del embarazo, se destacan dos principales categorías de hallazgos: factores biológicos y factores modificables. Entre los factores biológicos, Borre et al. (2023) investigaron los patrones de metilación del ADN libre de células y encontraron un potencial diagnóstico para la hipertensión gestacional. Chaemsaitong et al. (2023) subrayaron la eficacia del factor de crecimiento placentario (PIGF) para detectar preeclampsia en mujeres asintomáticas, mientras que Strebeck et al. (2022) observaron que un engrosamiento de la placenta se asociaba con un mayor riesgo de hipertensión.

Melamed et al. (2023) relacionaron niveles elevados de alfa-fetoproteína (AFP) con complicaciones mediadas por la placenta, y Rana et al. (2019) destacaron el papel crucial de la placenta en el desarrollo de la hipertensión gestacional. Además, MacDonald et al. (2021) y Townsend et al. (2019) identificaron biomarcadores como sFlt-1 y PIGF, así como el índice de masa corporal (IMC), como útiles para predecir la hipertensión gestacional. Metoki et al. (2022) y Yang et al. (2021) aportaron evidencia

sobre cómo antecedentes de hipertensión arterial crónica, nuliparidad y obesidad influyen en el riesgo de hipertensión gestacional.

En cuanto a los factores modificables, Watkins et al. (2021) demostraron que mantener un nivel constante de actividad física moderada a intensa puede reducir el riesgo de hipertensión gestacional. Tiselko et al. (2022) hallaron una correlación entre la variabilidad glucémica patológica en mujeres con diabetes tipo 1 y la hipertensión gestacional, lo que sugiere que la gestión adecuada de la glucosa puede influir en el riesgo. Wiles et al. (2020) identificaron un riesgo incrementado de preeclampsia en mujeres con enfermedad renal crónica, lo que también puede ser manejado mediante una adecuada atención médica.

Clasificar estos hallazgos en categorías de factores biológicos y modificables proporciona una visión más detallada de cómo cada tipo de factor contribuye al riesgo de hipertensión gestacional. Esta organización facilita una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes y ayuda a identificar áreas específicas donde se pueden implementar estrategias de prevención y manejo más efectivas. Al distinguir entre los factores que están relacionados con características biológicas intrínsecas y aquellos que pueden ser alterados a través de intervenciones, se pueden diseñar enfoques personalizados que aborden tanto los aspectos innatos como los modificables del riesgo, mejorando así la capacidad para prevenir y tratar la hipertensión gestacional de manera más adecuada.

La hipertensión gestacional es un problema de salud en la atención prenatal, con variaciones en su prevalencia y en los hallazgos reportados en diferentes contextos y estudios. Analizar estos estudios nos permite entender mejor el alcance del problema y cómo las metodologías y contextos pueden influir en los resultados.

Varios estudios recientes han proporcionado datos sobre la prevalencia de hipertensión gestacional en diversas regiones. Khedagi & Bello (2021) informaron que la hipertensión complicó entre el 5% y el 10% de los embarazos, con un notable

aumento en la prevalencia durante las hospitalizaciones de parto entre 1998 y 2006. Este incremento podría reflejar una mayor conciencia y mejor diagnóstico, aunque también podría estar relacionado con cambios en las prácticas de atención o en los criterios de diagnóstico.

En contraste, el estudio de Ford et al. (2022) encontró un aumento en la prevalencia de hipertensión gestacional del 10.8% en 2017 al 13.0% en 2019, lo cual podría ser atribuible a la aplicación de nuevas guías de diagnóstico o a un incremento real en los casos. Esta observación es consistente con el aumento reportado por Bello et al. (2021), donde la prevalencia de hipertensión se elevó del 10.3% al 28.1% tras la implementación de las guías de presión arterial de 2017 de ACC/AHA. El incremento notable en la prevalencia podría indicar que las nuevas directrices están identificando más casos de hipertensión que antes podrían no haber sido detectados.

El estudio de Olié et al. (2021) sobre la prevalencia en Francia reveló que la hipertensión gestacional afectó al 4.2% de los embarazos y la preeclampsia al 2.0%, en una cohort de más de 6 millones de partos. Este hallazgo se alinea con las tasas reportadas en estudios de revisión, como el de Mitsumasa & Gen (2020), donde la prevalencia de hipertensión gestacional se situó entre 1.8% y 4.4%, y de preeclampsia entre 0.2% y 9.2%. Estas cifras reflejan una prevalencia relativamente baja en comparación con los estudios que muestran tasas más altas, como el Nath et al. (2021), con una prevalencia del 13.9%, y el Corrigan et al. (2021), que reportó una prevalencia de HDP del 5.9% con una alta proporción de preeclampsia (79%).

Por otro lado, el meta-análisis de Shiferaw et al. (2021), que incluyó estudios de 19 países de África Subsahariana, encontró una prevalencia combinada de trastornos hipertensivos del embarazo del 8%, con hipertensión gestacional en el 4.1% y preeclampsia también en el 4.1%. Estos datos son comparables con los hallazgos de Hernández et al. (2023), que reportaron una prevalencia del 7.4% de hipertensión gestacional en mujeres con obesidad pregestacional, indicando que las tasas en esta

subpoblación pueden ser similares a las observadas en estudios más amplios en regiones específicas.

La variabilidad en la prevalencia y los hallazgos asociados a la hipertensión gestacional subraya la necesidad de estrategias de prevención y manejo específicas para cada contexto. Los datos de Corrigan et al. (2021) destacan que las mujeres con trastornos hipertensivos en el embarazo tienen un riesgo mayor de experimentar complicaciones como restricción del crecimiento fetal, parto prematuro y estancias hospitalarias prolongadas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una vigilancia adecuada y de estrategias preventivas para mejorar los resultados materno-fetales.

Parente et al. (2021) ofrecen una guía detallada sobre cómo el ejercicio físico, específicamente el entrenamiento concurrente combinado con flexibilidad puede reducir la incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia. En contraste, Gao et al. (2022) también abordan el impacto del ejercicio físico, pero con una perspectiva más generalizada. Aunque coinciden en que la actividad física reduce el riesgo de hipertensión gestacional al mejorar la perfusión placentaria y reducir el estrés oxidativo, sugieren una guía más flexible adaptada a las características individuales de las mujeres embarazadas.

Nobles et al. (2022) enfatizan la importancia de monitorear la presión arterial preconcepcional y durante el primer trimestre para identificar riesgos tempranos de hipertensión gestacional y preeclampsia. Este enfoque preventivo complementa las recomendaciones de ejercicio físico al subrayar la necesidad de vigilancia temprana para una intervención oportuna. Por otro lado, Reddy & Jim (2019) abordan la gestión clínica de la hipertensión inducida por el embarazo con un enfoque en la prevención de complicaciones a largo plazo. Recalcan la necesidad de iniciar la terapia antihipertensiva solo en casos severos y enfatizan la evaluación pregestacional y el monitoreo continuo durante y después del embarazo para evitar daños a largo plazo en órganos. Su enfoque destaca la importancia de la monitorización continua, pero con un

énfasis en la intervención clínica para condiciones severas, contrastando con el enfoque preventivo y de monitoreo temprano.

Finalmente, Sinkey et al. (2020) revisan las directrices internacionales que recomiendan el uso de aspirina para mujeres de alto riesgo para reducir el riesgo de preeclampsia. Aunque esta estrategia es ampliamente recomendada, las diferencias en la dosis y el momento de inicio varían entre las directrices. Este enfoque proporciona un marco adicional que se complementa con las intervenciones basadas en ejercicio físico y el monitoreo de la presión arterial. Mientras que las directrices internacionales ofrecen una recomendación universal con variaciones, los estudios de Parente et al. y Gao et al. ofrecen intervenciones específicas y personalizadas, y Reddy & Jim proporcionan una perspectiva sobre la gestión clínica y el seguimiento a largo plazo.

Aunque existen diferentes estrategias para la prevención y manejo de la hipertensión gestacional y la preeclampsia, la integración de ejercicios específicos, monitoreo riguroso, y directrices basadas en evidencia puede proporcionar un enfoque multifacético para mejorar los resultados maternos y neonatales. La combinación de estos enfoques ofrece una visión más completa y adaptativa para enfrentar los desafíos de las hipertensiones durante el embarazo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El análisis de los cuidados de enfermería aplicados a madres gestantes con diagnóstico de hipertensión en el tercer trimestre revela que un manejo y basado en evidencia es fundamental para la prevención de complicaciones materno-infantiles. La adecuada gestión de la presión arterial, el monitoreo continuo de la salud materno-infantil y el apoyo educativo a las pacientes contribuyen significativamente a mejorar los resultados y minimizar las complicaciones tanto para la madre como para el feto. Este enfoque integral en la atención de enfermería es crucial para optimizar la salud materno-infantil y asegurar una intervención oportuna y eficaz en el manejo de la hipertensión gestacional.

En la revisión de los estudios sobre factores de riesgo para la hipertensión gestacional durante el tercer trimestre del embarazo, se identifican dos principales categorías de hallazgos: factores biológicos y factores modificables. Los factores biológicos incluyen marcadores como la metilación del ADN, el factor de crecimiento placentario (PIGF), y la alfa-fetoproteína (AFP), que son útiles para la detección y predicción de la hipertensión. Por otro lado, los factores modificables, como la actividad física, la gestión de la glucosa en diabetes, y el manejo de enfermedades preexistentes, también influyen significativamente en el riesgo.

La prevalencia de hipertensión gestacional en el tercer trimestre del embarazo varía considerablemente entre diferentes estudios y regiones. Por ejemplo, datos recientes muestran que la hipertensión gestacional afecta al 4.2% de los embarazos en Francia y al 8% en África Subsahariana, mientras que estudios en Estados Unidos reportan tasas que oscilan entre el 5% y el 13%. Esta variabilidad

sugiere que la tasa de diagnóstico puede estar influenciada por factores como la implementación de nuevas directrices y una mayor conciencia sobre el problema.

Priorizar estrategias de prevención en la atención gestacional es esencial para reducir los efectos adversos asociados con la hipertensión gestacional. La integración de intervenciones basadas en evidencia, como el ejercicio físico moderado, la monitorización continua de la presión arterial y la aplicación de directrices internacionales sobre el uso de aspirina, puede ser efectiva para disminuir el riesgo y las complicaciones. Además, un enfoque multifacético que combine prevención primaria y secundaria, adaptado a factores individuales y de riesgo, puede mejorar significativamente los resultados. Implementar estas estrategias con un énfasis en la educación y la intervención temprana ayudará a minimizar los efectos negativos y promover la salud materna y fetal.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda evaluar adecuadamente el embarazo para identificar marcadores y condiciones que predispongan a la hipertensión gestacional en el tercer trimestre, permitiendo una intervención preventiva personalizada.

Es importante informar a pacientes y al equipo multidisciplinario sobre los signos de hipertensión gestacional en el tercer trimestre, facilitando la detección temprana y la comunicación efectiva de síntomas sospechosos.

El personal de enfermería debe educar a las pacientes sobre cómo controlar la presión arterial y fomentar hábitos saludables, mientras les brinda apoyo constante durante el embarazo para manejar la hipertensión gestacional.

Es necesario intensificar la investigación para perfeccionar las estrategias de prevención y tratamiento de la hipertensión gestacional en el tercer trimestre, con el propósito de mejorar los resultados tanto para la madre como para el feto.

6. Referencias

- Abrigo, A., Encarnación, K., & Tamay, C. L. P. (2024). Prevalencia de Trastornos Hipertensivos en Gestantes en un Hospital Público, Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 1072-1085. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10550>
- Álvarez-, R., Torres-, L. M., Ortega, J. P. G., Coronel, D. C. I., Cayamcela, D. M. B., Pelaez, V. D. R. L., & Salinas, A. S. S. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 17(2). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/25572
- Amalia, C. R., & David, S. E. B. (2021). Efectos maternos y fetales de la hipertensión gestacional. In cibamanz2021. <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/834>
- Antwi, E., Amoakoh-Coleman, M., Vieira, D. L., Madhavaram, S., Koram, K. A., Grobbee, D. E., Agyepong, I. A., & Klipstein-Grobusch, K. (2020). Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia. *PloS One*, 15(4), e0230955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230955>
- Antza, C., Dimou, C., Doundoulakis, I., Akrivos, E., Stabouli, S., Haidich, A. B., Goulis, D. G., & Kotsis, V. (2020). The flipside of hydralazine in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Pregnancy Hypertension*, 19, 177–186. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2020.01.011>
- Arcos Villacís, M. E. (2023). Factores de riesgo asociados a problemas de hipertensión arterial en mujeres embarazadas (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de Salud/Carrera de Laboratorio Clínico).

- Arriaga-García, P., & Montes-Martínez, V. (2021). Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia. *Ginecología y obstetricia de Mexico*, 89(5), 364–372. <https://doi.org/10.24245/gomv89i5.467>
- Ávila Abrigo, A. N., Chiles Encarnación, K. S., & Paccha Tamay, C. L. (2024). Prevalencia de Trastornos Hipertensivos en Gestantes en un Hospital Público, Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 1072–1085. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10550
- Bello, N. A., Zhou, H., Cheetham, T. C., Miller, E., Getahun, D., Fassett, M. J., & Reynolds, K. (2021). Prevalence of hypertension among pregnant women when using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association blood pressure guidelines and association with maternal and fetal outcomes. *JAMA network open*, 4(3), e213808-e213808.
- Boushra, M., Natesan, S. M., Koyfman, A., & Long, B. (2022). High risk and low prevalence diseases: Eclampsia. *The American Journal of Emergency Medicine*, 58, 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.06.004>
- Cerdeira, A. S., O’Sullivan, J., Ohuma, E. O., James, T., Papageorghiou, A. T., Knight, M., & Vatish, M. (2021). Performance of soluble fms-like tyrosine kinase-1-to-placental growth factor ratio of ≥ 85 for ruling in preeclampsia within 4 weeks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 322–323. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.11.007>
- Chaemsaitong, P., Gil, M. M., Chaiyasit, N., Cuenca-Gomez, D., Plasencia, W., Rolle, V., & Poon, L. C. (2023). Accuracy of placental growth factor alone or in combination with soluble fms-like tyrosine kinase-1 or maternal factors in detecting preeclampsia in asymptomatic women in the second and third trimesters: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 229(3), 222–247. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.032>
- Chang, K.-J., Seow, K.-M., & Chen, K.-H. (2023). Preeclampsia: Recent advances in predicting, preventing, and managing the maternal and fetal life-threatening

- condition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2994. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042994>
- Chappell, L. C., Tucker, K. L., Galal, U., Yu, L.-M., Campbell, H., Rivero-Arias, O., Allen, J., Band, R., Chisholm, A., Crawford, C., Dougall, G., Engonidou, L., Franssen, M., Green, M., Greenfield, S., Hinton, L., Hodgkinson, J., Lavallee, L., Leeson, P. (2022). Effect of self-monitoring of blood pressure on blood pressure control in pregnant individuals with chronic or gestational hypertension: The BUMP 2 randomized clinical trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 327(17), 1666. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.4726>
- Cífková, R. (2023). Hypertension in pregnancy: A diagnostic and therapeutic overview. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention: The Official Journal of the Italian Society of Hypertension*, 30(4), 289–303. <https://doi.org/10.1007/s40292-023-00582-5>
- Coggins, N., & Lai, S. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 41(2), 269–280. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.01.002>
- Corrigan, L., O'Farrell, A., Moran, P., & Daly, D. (2021). Hypertension in pregnancy: Prevalence, risk factors and outcomes for women birthing in Ireland. *Pregnancy hypertension*, 24, 1-6.
- De Borre, M., Che, H., Yu, Q., Lannoo, L., De Ridder, K., Vancoillie, L., Dreesen, P., Van Den Ackerveken, M., Aerden, M., Galle, E., Breckpot, J., Van Keirsbilck, J., Gyselaers, W., Devriendt, K., Vermeesch, J. R., Van Calsteren, K., & Thienpont, B. (2023). Cell-free DNA methylome analysis for early preeclampsia prediction. *Nature Medicine*, 29(9), 2206–2215. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02510-5>
- Espín Ortiz, B. I. (2023). Actualización de conocimiento en la etiología de la preeclampsia.
- Ferreira, M., Silveira, C. F., Silva, S. R. da, Souza, D. J. de, & Ruiz, M. T. (2019). Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative

- review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50(2), 324–334.
<https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000200020>
- Fishel Bartal, M., Lindheimer, M. D., & Sibai, B. M. (2022). Proteinuria during pregnancy: definition, pathophysiology, methodology, and clinical significance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S819–S834. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.108>
- Flores, M., & Montes, R. (2022). Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. *Núm. 1. Enero-marzo*, 8, 876–884.
- Ford, N. D., Cox, S., Ko, J. Y., Ouyang, L., Romero, L., Colarusso, T., Ferre, C. D., Kroelinger, C. D., Hayes, D. K., & Barfield, W. D. (2022). Hypertensive disorders in pregnancy and mortality at delivery hospitalization — United States, 2017–2019. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 71(17), 585–591. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7117a1>
- Gao, Y., Ren, S., Zhou, H., & Xuan, R. (2020). Impact of physical activity during pregnancy on gestational hypertension. *Phys. Activity Health*, 4, 32-39.
- Garcés-Burbano, Y. L., Bastidas-Sánchez, B. E., Ijají-Piamba, J. É., Rodríguez-Gamboa, M. A., Cajas-Santana, D. R., & Ordoñez-Mosquera, O. E. (2021). Predicción de complicaciones maternas en trastornos hipertensivos del embarazo. *Ginecología y obstetricia de México*, 89(08), 583-594.
- García López. (2020). Plan de cuidados enfermeros en paciente embarazada con hipertensión. *Revista Electrónica Portales Médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-paciente-embarazada-con-hipertension/>
- Gardikioti, A., Venou, T.-M., Gavriilaki, E., Vetsiou, E., Mavrikou, I., Dinas, K., Daniilidis, A., & Vlachaki, E. (2022). Molecular advances in preeclampsia and HELLP syndrome. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(7), 3851. <https://doi.org/10.3390/ijms23073851>
- Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, number 222. (2020). *Obstetrics and Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003891>

- Gozar, N., Heredia, F. M., Cabanillas, M. T., & Morales, W. C. (2024). Nursing care in patients with severe preeclampsia. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations*, 2, 214–214. <https://doi.org/10.56294/piii2024214>
- Gyselaers, W. (2022). Hemodynamic pathways of gestational hypertension and preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S988–S1005. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.022>
- Hasija, A., Balyan, K., Debnath, E., Ravi, & Kumar, M. (2021). Prediction of hypertension in pregnancy in high-risk women using maternal factors and serial placental profile in second and third trimester. *Placenta*, 104, 236–242. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2021.01.005>
- Hauspurg, A., & Jeyabalan, A. (2022). Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S1211–S1221. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.027>
- Herández-Ruíz, S., Solano-Ceh, A., Villarreal-Ríos, E., Curiel Pérez, M. O., Galicia-Rodríguez, L., Elizarrarás-Rivas, J., & Jiménez-Reyes, O. H. (2023). Prevalencia de diabetes e hipertensión gestacional en embarazadas con obesidad pregestacional. *Ginecología y obstetricia de México*, 91(2), 85-91.
- Honigberg, M. C., Truong, B., Khan, R. R., Xiao, B., Bhatta, L., Vy, H. M. T., Guerrero, R. F., Schuermans, A., Selvaraj, M. S., Patel, A. P., Koyama, S., Cho, S. M. J., Vellarikkal, S. K., Trinder, M., Urbut, S. M., Gray, K. J., Brumpton, B. M., Patil, S., Zöllner, S., ... Natarajan, P. (2023). Polygenic prediction of preeclampsia and gestational hypertension. *Nature Medicine*, 29(6), 1540–1549. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02374-9>
- Hornová, M., Department of Gynecology, Obstetrics and Neonatology of the 1st Faculty of Medicine, Charles University and General Hospital in Prague, Czech Republic, Šimják, P., & Anderlová, K. (2023). Preeclampsia and diabetes mellitus. *Ceska gynekologie*, 88(6), 467–471. <https://doi.org/10.48095/cccg2023467>
- <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3317>

- Johnson, M. R., Kahan, T., Brguljan, J., Williams, B., Coca, A., Manolis, A., Thomopoulos, C., Borghi, C., Tsioufis, C., Parati, G., Sudano, I., McManus, R. J., van den Born, B.-J. H., Regitz-Zagrosek, V., & de Simone, G. (2020). Peripartum management of hypertension: a position paper of the ESC Council on Hypertension and the European Society of Hypertension. *European Heart Journal. Cardiovascular Pharmacotherapy*, 6(6), 384–393. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvz082>
- Khedagi, A. M., & Bello, N. A. (2021). Hypertensive disorders of pregnancy. *Cardiology Clinics*, 39(1), 77–90. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2020.09.005>
- Khosla, K., Jin, Y., Espinoza, J., Kent, M., Gencay, M., Kunz, L. H., Mueller, A., Xiao, Y., Frank Peacock, W., Neath, S.-X., Stuart, J. J., Woelkers, D., Harris, J. M., & Rana, S. (2024). Signs or symptoms of suspected preeclampsia – A retrospective national database study of prevalence, costs, and outcomes. *Pregnancy Hypertension*, 36(101124), 101124. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2024.101124>
- Laine, K., Murzakanova, G., Sole, K. B., Pay, A. D., Heradstveit, S., & Räisänen, S. (2019). Prevalence and risk of pre-eclampsia and gestational hypertension in twin pregnancies: a population-based register study. *BMJ open*, 9(7), e029908.
- López Bayona, N. N., & Quintanilla Martínez, A. S. (2020). *Guía de atención de trastornos hipertensivos del embarazo* (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
- Luna, S. D., & Martinovic, T. C. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista médica Clínica Las Condes*, 34(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.006>
- Luna, S. D., & Martinovic, T. C. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 33–43.
- MacDonald, T. M., Walker, S. P., Hannan, N. J., Tong, S., & Kaitu'u-Lino, T. J. (2022). Clinical tools and biomarkers to predict preeclampsia. *EBioMedicine*, 75(103780), 103780. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103780>

- Melamed, N., Okun, N., Huang, T., Mei-Dan, E., Aviram, A., Allen, M., Abdulaziz, K. E., McDonald, S. D., Murray-Davis, B., Ray, J. G., Barrett, J., Kingdom, J., Berger, H., & for DOH-NET (Diabetes, Obesity and Hypertension in Pregnancy Research Network) and SOON (Southern Ontario Obstetrical Network) Investigators. (2023). Maternal first-trimester alpha-fetoprotein and placenta-mediated pregnancy complications. *Hypertension*, *80*(11), 2415–2424. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.123.21568>
- Mendoza-Cáceres, M. A., Moreno-Pedraza, L. C., Becerra-Mojica, C. H., & Díaz-Martínez, L. A. (2020). Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *85*(1), 14-23.
- Mendoza, J., Muñoz, R., & Diaz, A. (2021). *Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura*. *21*(3), 528–533. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i3.3425>
- Metoki, H., Iwama, N., Hamada, H., Satoh, M., Murakami, T., Ishikuro, M., & Obara, T. (2022). Hypertensive disorders of pregnancy: definition, management, and out-of-office blood pressure measurement. *Hypertension Research: Official Journal of the Japanese Society of Hypertension*, *45*(8), 1298–1309. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-00965-6>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Transtornos hipertensivos del embarazo- Guía práctica clínica*. *4*(1), 9–15.
- Morales, W. G. B. (2022). Análisis de Prisma como Metodología para Revisión Sistemática: una Aproximación General. *Saúde em Redes*, *8*(sup1), 339-360.
- Morán, M. (2023). Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en gestantes de un hospital de Quevedo, 2022. Universidad César Vallejo.
- Múnera, A. G., Muñoz, E., & Ibarra, J. A. (2022). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista colombiana de cardiología*, *28*(1), 3–13. <https://doi.org/10.24875/rccar.m21000002>
- Nath, A., Sheeba, B., Raj, S., & Metgud, C. (2021). Prevalence of hypertension in pregnancy and its associated factors among women attending antenatal clinics

- in Bengaluru. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 1621.
https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_1520_20
- Nobles, C. J., Mendola, P., Mumford, S. L., Silver, R. M., Kim, K., Andriessen, V. C., ... & Schisterman, E. F. (2020). Preconception blood pressure and its change into early pregnancy: early risk factors for preeclampsia and gestational hypertension. *Hypertension*, 76(3), 922-929.
- Običan, S. G., Odibo, L., Tuuli, M. G., Rodriguez, A., & Odibo, A. O. (2020). Third trimester uterine artery Doppler indices as predictors of preeclampsia and neonatal small for gestational age. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(20), 3484–3489.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1575804>
- Ochoa, Y. M. B., Romero, J. A. B., & Banda, C. J. C. (2021). Resultados maternos y neonatales en mujeres con trastornos hipertensivos en embarazos lejos del término. *Revista colombiana de Enfermería*, 20(1), 1-16.
- Olié, V., Moutengou, E., Grave, C., Deneux-Tharoux, C., Regnault, N., Kretz, S., ... & Blacher, J. (2021). Prevalence of hypertensive disorders during pregnancy in France (2010-2018): the nationwide CONCEPTION study. *The Journal of Clinical Hypertension*, 23(7), 1344-1353.
- OMS. (2020). Recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ligera o moderada en el embarazo. *Who.int; World Health Organization*.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240008793>
- Overton, E., Tobes, D., & Lee, A. (2022). Preeclampsia diagnosis and management. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 36(1), 107–121. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.02.003>
- Pan, Y., Ni, L., Fang, S., Zhang, J., Fan, W., & Shen, F. (2021). Effect of comprehensive care on the negative emotions and life quality in parturients

with postpartum depression and gestational hypertension. *American Journal of Translational Research*, 13(6), 7228.

Parente, S. S., Delgado, A. S., & Piñero, J. C. (2021). Programa de entrenamiento óptimo durante el embarazo en la prevención de la hipertensión gestacional y preeclampsia: una revisión sistemática. *Archivo medico del deporte*, 2.

Pérez, F. A. M., Penas, L. M. A., Pupo, F. J. B., & Pérez, A. M. P. (2021). Comportamiento de los factores de riesgos de la Hipertensión Gestacional. Policlínico Fray Benito, 2020-2021. <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/download/975/533>

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

Puspitasari, Y., Santoso, B., Nursalam, N., & Sulistyono, A. (2020). Roy's Adaptation Model Application in Nursing Care for Pregnant Women with Preeclampsia: Literature Review. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 1545-1551. <https://sjik.org/index.php/sjik/article/view/390>

Quijije, M. A., Loor, M. P., Cedeño, D. M., & Figueroa, F. M. (2023). Los cuidados de enfermería en las embarazadas adolescentes con hipertensión arterial. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 5(5), 289–302. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i5.737>

Rana, S., Lemoine, E., Granger, J. P., & Karumanchi, S. A. (2019). Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circulation Research*, 124(7), 1094–1112. <https://doi.org/10.1161/circresaha.118.313276>

Roberts, J. M., Rich-Edwards, J. W., McElrath, T. F., Garmire, L., Myatt, L., & for the Global Pregnancy Collaboration. (2021). Subtypes of preeclampsia: Recognition and determining clinical usefulness. *Hypertension*, 77(5), 1430–1441. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.120.14781>

- Romero, X. C., Montserrat, U., Porrás-Ramírez, A., Eslava, M., Ramírez, A., Franco, S. R., & Forero, C. A. (2022). Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22, 497-505.
- Rosas, M., Lomelí, C., Mendoza-González, C., Lorenzo, J. A., Méndez, A., Férrez Santander, S. M., & Attie, F. (2018). Hipertensión arterial sistémica en el embarazo. *Archivos de cardiología de México*, 78, 104-108. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402008000600007&script=sci_arttext
- Salazar, S. A., Victcely, S., Vivanco, S. D., & Morales, W. C. (2024). Nursing care for a patient with twin pregnancy and preeclampsia from the Gynecology Service of a clinic in Lima. *Interamerican Journal of Health Sciences*, 4, 170-170. <https://ijhsc.com/journal/article/view/170>
- Sinkey, R. G., Battarbee, A. N., Bello, N. A., Ives, C. W., Oparil, S., & Tita, A. T. N. (2020). Prevention, diagnosis, and management of hypertensive disorders of pregnancy: A comparison of international guidelines. *Current Hypertension Reports*, 22(9). <https://doi.org/10.1007/s11906-020-01082-w>
- Sinkey, R. G., Battarbee, A. N., Bello, N. A., Ives, C. W., Oparil, S., & Tita, A. T. (2020). Prevention, diagnosis, and management of hypertensive disorders of pregnancy: a comparison of international guidelines. *Current hypertension reports*, 22, 1-10.
- Stanford Medicine. (2022). Third Trimester. *Stanford Childrens*. Recuperado el 5 de junio de 2024, de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=third-trimester-85-P04341>
- Strebeck, R., Jensen, B., & Magann, E. F. (2022). Thick placenta in pregnancy: A review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 77(9), 547-557. <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000001051>
- Susanti, H., Arisandi, V., Lestari, T., Juwitasari, & Harini, R. (2023). Signs, symptoms, and management of maternity nursing care in post sectio caesarea

- with indications of preeclampsia: A case report. *KnE Medicine*, 15–27. <https://doi.org/10.18502/kme.v3i2.13032>
- Tiselko, A. V., Kapustin, R. V., Milyutina, Y. P., Borovik, N. V., Abashova, E. I., & Yarmolinskaya, M. I. (2024). Glucose variability as the risk factor of preeclampsia in pregnant patients with type 1 diabetes mellitus. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(25), 9639–9646. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2050361>
- Townsend, R., Khalil, A., Premakumar, Y., Allotey, J., Snell, K. I. E., Chan, C., Chappell, L. C., Hooper, R., Green, M., Mol, B. W., Thilaganathan, B., Thangaratinam, S., & on behalf of the IPPIC Network. (2019). Prediction of pre-eclampsia: review of reviews. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 54(1), 16–27. <https://doi.org/10.1002/uog.20117>
- Umesawa, M., & Kobashi, G. (2020). Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. *Hypertension Research*, 40(3), 213-220.
- Verlohren, S., Brennecke, S. P., Galindo, A., Karumanchi, S. A., Mirkovic, L. B., Schlembach, D., Stepan, H., Vatish, M., Zeisler, H., & Rana, S. (2022). Clinical interpretation and implementation of the sFlt-1/PIGF ratio in the prediction, diagnosis and management of preeclampsia. *Pregnancy Hypertension*, 27, 42–50. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.12.003>
- Vite, V., & Rafael, K. (2022). Proceso de atención nutricional en paciente femenina embarazada de 36 años de edad con hipertensión gestacional y sobrepeso (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2022).
- Watanabe, M., Shinohara, H., & Kodama, H. (2020). Nocturnal oxygen desaturation in the late third trimester of uncomplicated pregnancy for prediction of late-

- onset gestational hypertension. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(9), 1735–1743. <https://doi.org/10.1111/jog.14362>
- Watkins, V. Y., O'Donnell, C. M., Perez, M., Zhao, P., England, S., Carter, E. B., Kelly, J. C., Frolova, A., & Raghuraman, N. (2021). The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(4), 437.e1-437.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.036>
- Webster, K., Fishburn, S., Maresh, M., Findlay, S. C., & Chappell, L. C. (2019). Diagnosis and management of hypertension in pregnancy: summary of updated NICE guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 366, 15119. <https://doi.org/10.1136/bmj.15119>
- Wiles, K., Chappell, L. C., Lightstone, L., & Bramham, K. (2020). Updates in diagnosis and management of preeclampsia in women with CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 15(9), 1371–1380. <https://doi.org/10.2215/cjn.15121219>
- Wilkerson, R. G., & Ogunbodede, A. C. (2019). Hypertensive disorders of pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(2), 301–316. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.008>
- Wisner, K. (2019). Gestational hypertension and preeclampsia. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(3), 170.
- Wu, P., Green, M., & Myers, J. E. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 381, e071653. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071653>
- Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., & Campillay Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 3-17. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s2393-66062021000100003&script=sci_arttext

7. Anexos

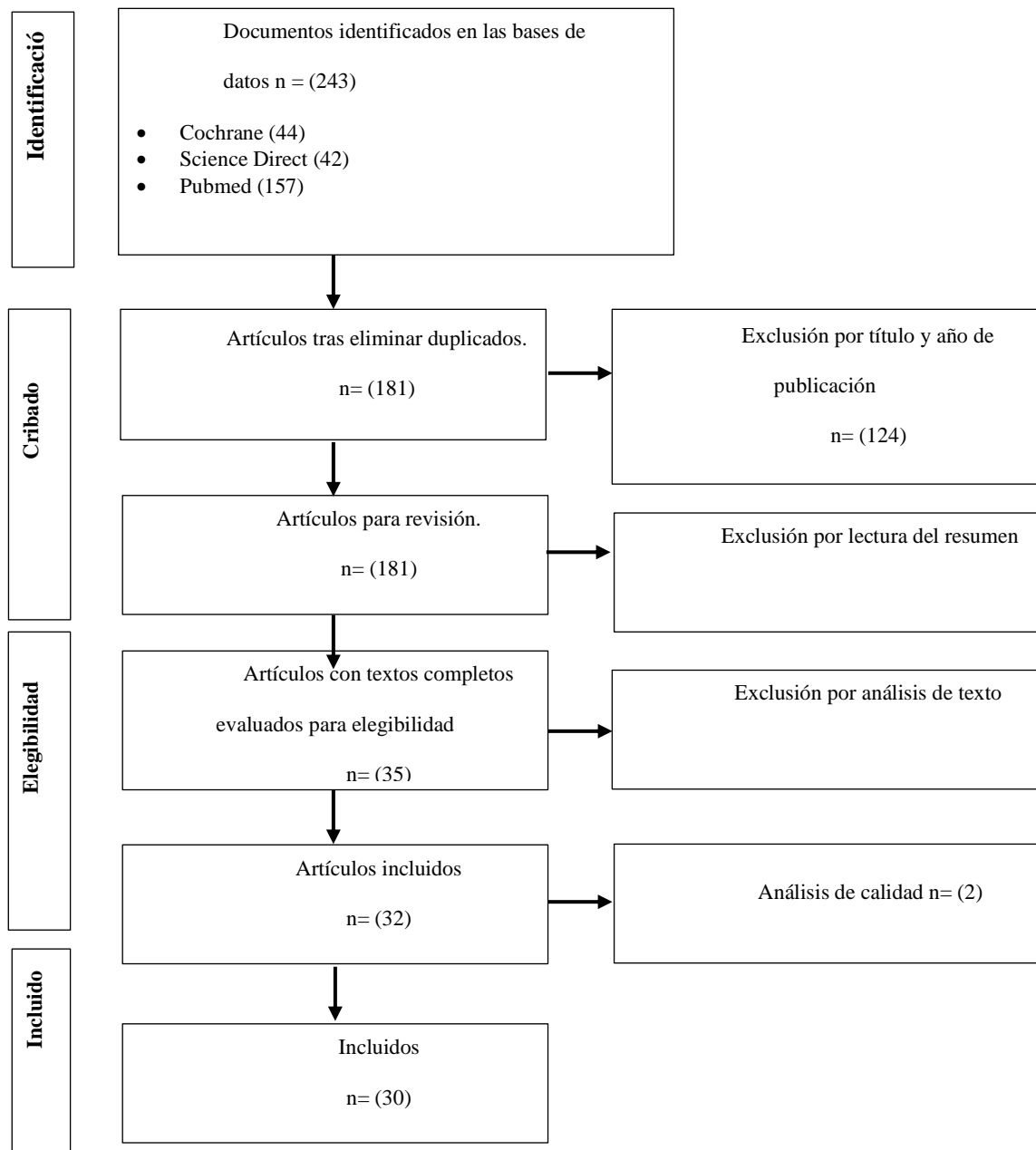
Tabla 5. Variables

VARIABLES	
DEFINICIÓN	
HIPERTENSION GESTACIONAL	La hipertensión gestacional se define como el aumento de la presión arterial que ocurre después de la semana 20 de embarazo en mujeres que previamente tenían niveles de presión arterial normales (Amalia & David, 2021).
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Comprenden una serie de acciones y protocolos llevados a cabo por profesionales, con el propósito de fomentar, preservar y recuperar la salud. Estas labores abarcan desde la evaluación de las necesidades de salud hasta la ejecución de intervenciones respaldadas por la investigación científica, así como el monitoreo continuo del estado del paciente y la entrega de asistencia emocional y orientación educativa para el autocontrol de la salud (Yáñez et al., 2021).

TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Se extiende desde la semana 28 hasta el parto, que suele ocurrir cerca de la semana 40, es una fase crucial para ambos, la madre y el feto. Durante este período, el feto experimenta un rápido crecimiento y un desarrollo intensivo de sus órganos. La madre, por otro lado, enfrenta una serie de cambios en su sistema reproductivo, cardiovascular y respiratorio, acompañados de ajustes hormonales. (Stanford Medicine, 2022).

Figura 1. *Flujograma de PRISMA para la inclusión de resultados.*



Fuente: (Cando, I., Tipán, A., 2024)