



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR ZONA MEDIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



QUINTO SEMESTRE

MATERIA:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL.

Hipertensión Gestacional

ELABORADO POR:

Ana Alejandra Martínez Sanjuán

HIPERTENSION GESTACIONAL

En diagnóstico de hipertensión gestacional es hecho en una mujer la cual tiene una tensión arterial de 140/90 mmHg o mayor por primera vez durante el embarazo pero la proteinuria no es identificada. La hipertensión gestacional es también llamada hipertensión transitoria si la preclampsia no se desarrolla y la tensión arterial ha retornado a la normalidad después de 12 semanas, en el postparto. Algunas mujeres con hipertensión gestacional pueden desarrollar otros inicios de preclampsia, por ejemplo, síntomas como cefalea, o dolor epigástrico, proteinuria, o trombocitopenia.

Cuando la presión arterial es vista durante el último trimestre del embarazo, es peligrosa, especialmente para el feto, no simplemente porque la proteinuria no ha sido desarrollada.

Causas

Se desconocen aún las causas de la hipertensión gestacional. Algunos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollarlo, entre ellos:

- Hipertensión preexistente (presión sanguínea alta)
- Enfermedad renal
- Diabetes
- hipertensión gestacional en un embarazo previo
- La madre menor de 20 o mayor de 40 años de edad
- Embarazo múltiple (mellizos, trillizos)
- raza afroamericana

Posibles complicaciones

Si la presión sanguínea es alta, aumenta la resistencia en los vasos sanguíneos. Esto puede perjudicar el flujo sanguíneo en muchos de los órganos de la madre embarazada, entre los que se incluyen el hígado, los riñones, el cerebro, el útero y la placenta.

Existen también otros problemas que pueden desarrollarse como resultado de la hipertensión gestacional. En algunos embarazos puede producirse el desprendimiento normoplacentario (desprendimiento prematuro de la placenta implantada en el útero). La hipertensión gestacional también puede provocar problemas fetales, entre los que se incluyen el retardo del crecimiento intrauterino (crecimiento fetal deficiente) y la muerte intrauterina fetal.

Si no se trata, la hipertensión gestacional severa puede causar convulsiones peligrosas e incluso la muerte de la madre y del feto. Debido a estos riesgos, puede ser necesario un parto prematuro, es decir, antes de las 37 semanas de gestación.

Sintomas

A continuación se enumeran los síntomas más frecuentes de la presión sanguínea alta durante el embarazo. Sin embargo, cada mujer puede experimentarlos en forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Aumento de la presión sanguínea
- Proteínas en la orina
- Edema (tumefacción)
- Aumento de peso repentino
- Cambios en la visión como por ejemplo, visión borrosa o visión doble
- Náuseas, vómitos
- Dolor en la parte superior derecha del abdomen o dolor alrededor del estómago
- Orina en pequeñas cantidades
- Modificaciones en los valores de las pruebas de las funciones hepática y renal

Diagnostico

Generalmente, el diagnóstico se basa en los niveles de la presión sanguínea. Sin embargo, otros síntomas también pueden contribuir a establecer el diagnóstico de la hipertensión gestacional. Entre las pruebas para determinar la hipertensión gestacional se pueden incluir:

- Medición de la presión sanguínea
- Pruebas de orina
- Evaluación del edema
- Control periódico del peso
- Examen de la vista para verificar si hay cambios en la retina
- Pruebas de las funciones hepática y renal
- Pruebas de coagulación sanguínea

Actividades a realizar por el personal de enfermería:

Nutrición adecuada

Toda mujer embarazada debe ser informada acerca de los beneficios que supone una dieta nutritiva y equilibrada que contenga al menos 60-70 g de proteínas, 1200 mg de calcio, una cantidad adecuada de magnesio, cinc, sodio, otros minerales y vitaminas, especialmente folatos, vitamina C y E cada día. De acuerdo con los estudios Cochrane no se ha observado que la administración de suplementos de cinc o de Mg resulte eficaz. En las normas dietéticas deben incluirse 6 a 8 vasos de agua o líquido al día.

Reposo adecuado

El reposo adecuado en cama facilita el retorno venoso, que aumenta el volumen circulatorio y, por tanto, la perfusión renal y placentaria, disminuyendo la presión arterial. Por tanto, los pacientes de riesgo elevado pueden beneficiarse de un reposo de 8-12 horas de sueño cada noche, con un periodo de descanso a mitad del día. El reposo en cama también moviliza el edema hacia el espacio intravascular (Zuspan, 1991)

Ejercicio

Ejercicio en cama para mantener el tono muscular y aumentar el flujo sanguíneo; ejercicios con las piernas, como trazar círculos con los pies al menos dos veces al día; los ejercicios de Kegel y los abdominales mantienen los músculos del periné y de la pared del abdomen con un tono correcto (si la paciente se queja de dolor de espalda, una almohada pélvica puede solucionar el problema)

Hidroterapia

Se ha demostrado que en presencia de edema importante la inmersión en agua hasta los hombros puede movilizar el líquido extravascular, desencadenar la diuresis y disminuir la concentración de renina, angiotensina, aldosterona y vasopresina. Por tanto, la hidroterapia puede contribuir a prevenir o endentecer la progresión de la preclampsia. Se ha observado que también contribuye a la reversión de polihidramnios resultado de la insuficiencia uteroplacentaria.

Control de TA cada 4 a 6 horas al día

Peso diario, siempre a la misma hora

Detección de proteínas en la orina en la primera hora de la mañana

Conocimiento de los signos y síntomas que indicarían que la situación empeora, con instrucciones de comunicarlos inmediatamente al médico:

- Cefalea importante, y que no desaparece con el paracetamol
- Cambios visuales, como visión borrosa o de manchas
- Detección de proteínas en orina de la mañana
- Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho
- Aumento del edema, indicado por aumento de peso de más de 800 g por día o de 2 kg por semana.
- Hemorragia vaginal o cambios en el flujo vaginal
- Dolor abdominal agudo
- Emisión de líquido acuoso por la vagina
- Presión intrauterina
- Disminución de los movimientos fetales o menos de un movimiento por hora
- Programar visitas prenatales semanales
- Practicar frecuentes controles de laboratorio que incluyan:
 - Muestra de orina de 24 horas para determinar proteinuria y aclaramiento de creatinina
 - Concentración de creatinina y ácido úrico séricos

Bibliografía

F.Gary Cunningham, Kenneth J.Leveno, Steven L.Bloom, John C.Hauth, Larry C Gilstrap, Katharine D. Wenstrom.Williams Obstetrics. Edición 22. Año 2005.Editorial McGRAW-HILL .Pág.426

Stepp Gilbert Elizabeth, Smith Harmon Judith, Manual de embarazo y parto de alto riesgo, Págs. 501-503.

<http://www.childrenscentralcal.org/Espanol/HealthS/P05571/P05592/Pages/P05594.aspx>

http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista152/6_152.pdf