Hipertensión y embarazo

Dra. Natalia Basualdo*

La preeclampsia – eclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial.

La asociación entre hipertensión y embarazo es uno de los mayores problemas para la salud de las madres y sus recién nacidos. De las complicaciones que se presentan en los embarazos, alrededor del 10% se deben a trastornos hipertensivos, de los cuales las formas severas constituyen el 4.4% de todos los nacimientos.

Se calcula que en algunos países en vías de desarrollo puede alcanzar una incidencia cercana al 18% (WHO 2002). En Argentina, durante el año 2014, fue la segunda causa de muerte materna directa, con el 15.9% sobre el total de embarazos.

La preeclampsia – eclampsia es una entidad que puede manifestarse como un *síndrome materno* (hipertensión y evidencia clínica de daño de órgano blanco por lesión endotelial sistémica) y/o un *síndrome fetal* (restricción del crecimiento intrauterino, reducción del líquido amniótico e hipoxia fetal). En estos casos, los cuidados de enfermería requieren una capacitación específica, el manejo integral en equipo, la toma de decisiones rápidas, consensuadas y basadas en la evidencia. Sobre esta base, es posible mejorar el pronóstico de las madres y sus hijos.

PROCEDIMIENTO Y RECOMENDACIONES PARA LA MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO.

- La toma debe realizarse con la paciente sentada con el brazo a la altura del corazón (B 2a).
- Debe utilizarse un manguito apropiado que cubra, como regla práctica, 1.5 veces la circunferencia del brazo.
- Las pacientes con sobrepeso usualmente no tienen presión sanguínea más alta sino que los manguitos pequeños causan lecturas falsamente altas. Utilizar un manguito grande (B-2b).
- El tamaño de la bolsa es importante, se recomienda:
  Circunferencia en la mitad del brazo 17 a 29 cm. Ancho de la bolsa 11 cm., largo de la bolsa 23 cm.
  De 30 a 42 cm.: ancho12,5 cm y largo 35 cm.
- El manguito debe estar colocado 2-3 cm. por encima del codo.
- El estetoscopio se colocará donde se palpe la arteria braquial.
- Insuflar el balón suavemente hasta que se deja de



* Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecologia del Sanatorio Anchorena

escuchar el pulso. Continuar hasta un máximo de 30mm, más alto puede ser doloroso para la paciente.

- Liberar lentamente la válvula y auscultar la presión sistólica y diastólica.
- El brazo debe estar apoyado para que los músculos estén relajados y no generen una lectura errónea de la tensión arterial.
- No tomar la presión con prendas que ajusten el brazo.
- La paciente debe estar tranquila. No debe tener la vejiga llena, ni contracciones.
- La temperatura ambiental debe ser adecuada; se deben evitar ambientes fríos.

Para la medición de la tensión diastólica debe utilizarse el 5º ruido de Korotkoff., correspondiente al momento en el que deja de escucharse el sonido del pulso (A 1a).

- Si hay diferencias en la toma de ambos brazos, debe considerarse el registro mayor. Este brazo debe ser el utilizado en tomas posteriores (B 3b).
- La medición de tensión arterial diaria (automonitoreo) en pacientes instruidas en la técnica podría ser de utilidad (B 2b).

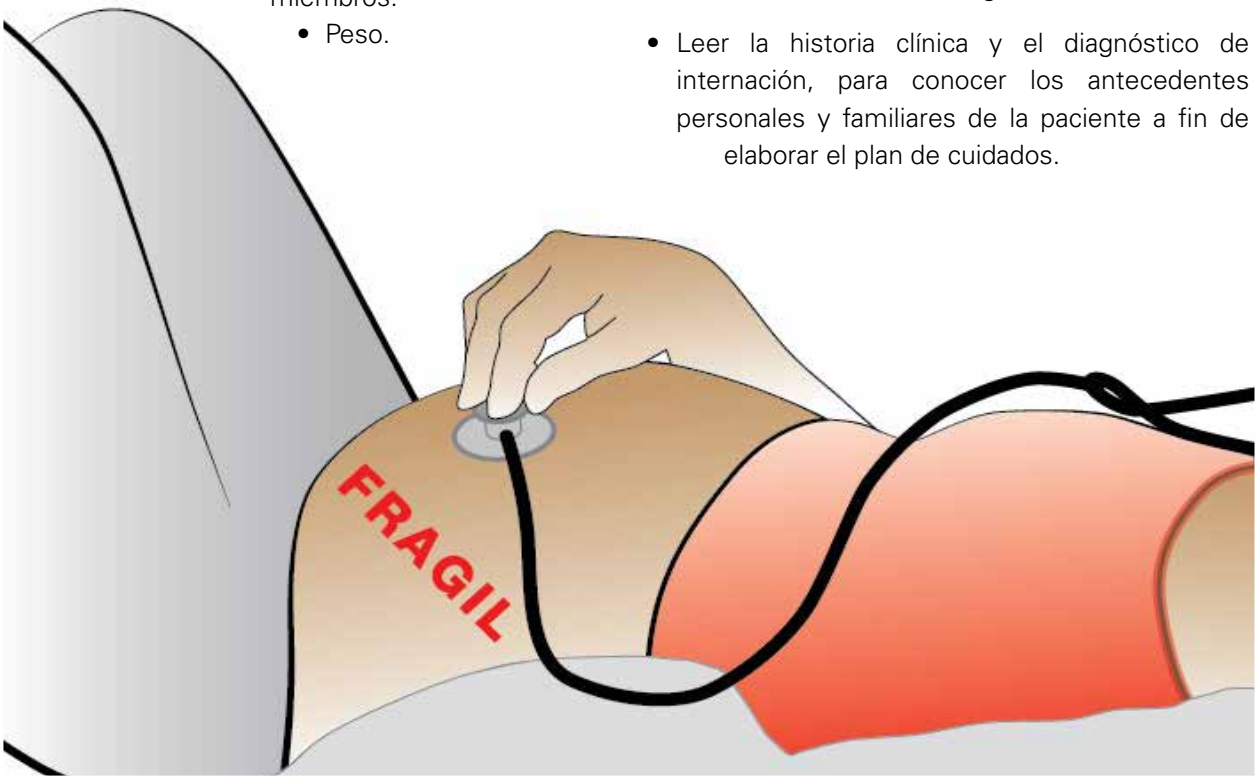
CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA.

Al ingreso y luego de acondicionarla en la unidad, considerar:

- Presencia de edemas en miembros.
- Peso.



- Control de signos vitales.
- Procedencia (sector guardia externa o sala de partos).
- En el caso de embarazadas se recomienda el reposo en decúbito lateral izquierdo antes de realizar el control de los signos vitales.
- Leer la historia clínica y el diagnóstico de internación, para conocer los antecedentes personales y familiares de la paciente a fin de elaborar el plan de cuidados.



A) ACCIONES DE ENFERMERIA

El plan de cuidados debe incluir:

- Control de la tensión arterial al ingreso y según indicación médica, así como cambios clínicos observados si los hubiera.
- Registro de movimientos fetales manifestados por la embarazada.
- Control diario de peso.
- Valoración de edemas.
- Transmitir pautas de alarma.
- Permitir y estimular la participación del grupo familiar.
- Fomentar el reposo, de acuerdo a cada caso e indicación.
- Realización de ejercicios pasivos.
- Dieta normosódica si es preeclampsia o hiposódica en caso de HTA Crónica.
- Contención y apoyo emocional.
- Brindar confort.
- Administrar medicación (antihipertensivos y maduración pulmonar fetal) según indicación médica.

B) KIT DE EMERGENCIA PARA ECLAMPSIA.

- Mordillo.
- Tubo de Mayo.
- Lazo.
- Guía de suero.
- Abbocath Nº14 a 18.
- Frasco de 500 cc de solución Dextrosa al 5%.
- 4 ampollas de sulfato de Magnesio de 5 ml (cada ampolla contiene 1,25 gramos). Dosis de carga: 5 gr de sulfato de Magnesio. Debe administrarse en lento.



  - Verificar periódicamente el estado del material y vencimientos.

C) INDICACIONES PARA LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN.

El tratamiento eficaz de la preeclampsia y la finalización a buen término del embarazo estará condicionada por la respuesta a la terapéutica instituida previamente, a la vitalidad y madurez fetal.

La interrupción del embarazo será evaluada en los casos que reúnan las siguientes condiciones:

Fetales	Maternas
• Compromiso de salud fetal. • RCIU severo. • Oligoamnios severo.	• Deterioro progresivo de la función hepática o renal. [A determinar mediante estricto monitoreo de parámetros de laboratorio.] • Abruptio placentae (desprendimiento prematuro de placenta). • Cefalea persistente y/o alteraciones visuales. • Dolor epigástrico o hipocondrio. • Náuseas, vómitos. • Fracaso del tratamiento antihipertensivo. • Eclampsia.