

Laura Arasa García-Carrasco y Sara Lapeña Montejano

LA PREECLAMPSIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dr. Álvaro Franquet Bonet

Grado en Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

TORTOSA, 2025

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
GLOSARIO	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
MARCO CONCEPTUAL	10
EMBARAZO	10
TIPOS DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE LA GESTACIÓN	12
PREECLAMPSIA	13
DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	13
ETIOLOGÍA	13
FISIOPATOLOGÍA	13
SIGNOS Y SÍNTOMAS	14
DIAGNÓSTICO	14
FACTORES DE RIESGO	14
TRATAMIENTO	15
COMPLICACIONES	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
METODOLOGÍA	17
ECUACIONES DE BÚSQUEDA	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	18
RESULTADOS	19
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	19
DIAGRAMA DE FLUJO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	20
TABLA DE RESULTADOS	21

DISCUSIÓN	30
ACTUACIÓN PREVENTIVA	30
IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ	30
DETECCIÓN	31
EDUCACIÓN SANITARIA PREVENTIVA	32
ESTRATEGIAS CONDUCTUALES	32
TERAPIAS FARMACOLÓGICAS	33
ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA	34
TRATAMIENTO SEGÚN GRAVEDAD	34
PREECLAMPSIA LEVE	34
PREECLAMPSIA GRAVE	35
CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS	36
ATENCIÓN ENFERMERA EN EL POSTPARTO	37
ATENCIÓN EN CASO DE CESÁREA	38
IMPACTO EN LA VIDA DE LAS MUJERES	40
IMPACTO EN LA VIDA DE LOS NIÑOS	41
LIMITACIONES DEL TRABAJO	42
CONCLUSIÓN	43
BIBLIOGRAFÍA	44

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Tortosa, por habernos hecho coincidir.

Gracias a la Universitat Rovira i Virgili, y en concreto al Campus Terres de l'Ebre, por darnos la oportunidad de formarnos en nuestra vocación y conocer a amistades que nos acompañarán toda la vida.

Gracias a todos los docentes que hemos tenido durante la carrera, que han hecho posible que crezcamos como profesionales y como personas, amando la Enfermería.

Y por último gracias a nuestro tutor, Álvaro, por animarnos a esforzarnos y tener siempre unas palabras amables cuando más lo hemos necesitado.

Gracias a quienes han estado presentes en este proyecto. A mis padres, a mi hermano y a mis amigos, por apoyarme y acompañarme siempre, en cada etapa de mi vida. Gracias por creer en mí.

- Laura

*A mi madre, padre y hermano, por haber hecho que la palabra "familia" sea siempre sinónimo de amor, respeto, apoyo y admiración,
A mi tío Juan, por ser quien me inspiró la pasión por la ciencia y apoyarme en cada paso que doy,
Y a Josep, por enseñarme cada día lo que es la vocación y por ser lo mejor que me ha dado la universidad.*

- Sara

GLOSARIO

ACO (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos)

ALT (Alanina Aminotransferasa)

AST (Aspartato Aminotransferasa)

AOS (Apnea Obstructiva del Sueño)

FC (Frecuencia Cardíaca)

FR (Frecuencia Respiratoria)

hGC (Gonadotropina coriónica humana)

HTA (Hipertensión Arterial)

ILA (Índice de Líquido Amniótico)

IQ (Intervención Quirúrgica)

MNE (Monitorización No Estresante)

OMS (Organización Mundial de la Salud)

RCOG (Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos)

RGE (Reflujo Gastroesofágico)

SMFM (Sociedad de Medicina Materno-Fetal)

TA (Tensión Arterial)

TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)

USPSTF (Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos)

EHE (Estados Hipertensivos del Embarazo)

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia es uno de los grandes síndromes obstétricos responsable de la morbimortalidad materna y neonatal. Afecta al curso normal de embarazo, pudiendo provocar un parto prematuro. Además, acarrea problemas en el desarrollo del niño, y a su vez, efectos a corto y largo plazo a la parte materna, como son las enfermedades cardiovasculares. Desde enfermería se realiza un cuidado holístico, que comienza en la prevención y finaliza en el seguimiento de la paciente.

Objetivo: Identificar las curas de enfermería que pueden prevenir y mejorar las complicaciones en mujeres que padecen preeclampsia.

Metodología: Revisión bibliográfica realizada a partir de los artículos disponibles en diversas bases de datos, para la identificación, descripción y síntesis de dichos artículos. El análisis y lectura se realizó durante enero y febrero de 2025. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scopus, Dialnet y Biblioteca Cochrane. Se incluyeron artículos publicados a partir de 2015, sobre gestación humana en castellano, inglés y portugués. Se descartaron las revisiones sistemáticas.

Resultados: Tras la búsqueda de artículos, se seleccionan 17 que cumplen los criterios de inclusión.

Conclusión: La evidencia científica actual no permite establecer protocolos y curas de enfermería actualizados para la preeclampsia, siendo necesaria la inversión y la investigación en este área.

Palabras clave: preeclampsia, embarazo, hipertensión arterial, gestante, curas de enfermería, intervenciones.

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is one of the major obstetric syndromes responsible for maternal and neonatal morbidity and mortality. It affects the normal course of pregnancy and can lead to preterm birth. Additionally, it poses risks to the child's development and has both short- and long-term consequences for the mother, including an increased risk of cardiovascular disease. In nursing, care is provided from a holistic perspective, beginning with prevention and extending through patient follow-up.

Objective: To identify nursing interventions that can prevent and mitigate complications in women diagnosed with preeclampsia.

Methodology: A literature review was conducted using articles retrieved from various databases to identify, describe, and synthesize relevant studies. The analysis and reading of the literature took place between January and February 2025. The databases consulted included PubMed, Scopus, Dialnet, and the Cochrane Library. The inclusion criteria comprised articles published from 2015 onward, focusing on human pregnancy, and written in Spanish, English, or Portuguese. Systematic reviews were excluded.

Results: A total of 17 articles meeting the inclusion criteria were selected following the literature search.

Conclusion: Current scientific evidence does not yet support the establishment of updated nursing care protocols for preeclampsia, highlighting the need for greater investment and further research in this area.

Keywords: preeclampsia, pregnancy, hypertension, pregnant women, nursing care, interventions.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos en las personas gestantes o los Estados Hipertensivos del Embarazo (EHE) son la segunda causa de muerte durante el embarazo a nivel mundial, causando aproximadamente entre 55.000 y 75.000 muertes maternas anuales (Dimitriadis et al., 2023). La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que afecta a un 2-8% de las mujeres embarazadas y es uno de los grandes síndromes obstétricos responsable de la morbimortalidad materna y neonatal (Jung et al., 2022; Miller et al., 2022).

Es una enfermedad que posee un gran número de factores de riesgo, como son los genéticos, el origen materno, los embarazos múltiples y también los primerizos, la edad avanzada, las enfermedades de base como la hipertensión o la diabetes gestacional, etc. No obstante, son factores que aunque se presenten al mismo tiempo no implican su obligatoria aparición o pronóstico (Miller et al., 2022).

Por un lado, la salud del bebé se ve comprometida por la posibilidad de un parto pretérmino, sufriendo los problemas característicos de la prematuridad, y alterando su sistema cardiovascular y correcto desarrollo. Por otra parte, la salud materna se ve perjudicada ya que, en contraste con las madres con embarazos no preeclámpicos, están más expuestas a enfermedades cardiovasculares tales como los ictus, la hipertensión arterial (HTA), la insuficiencia renal y cardíaca... (Dimitriadis et al., 2023). Además, también se ha encontrado evidencia que relaciona la preeclampsia al cáncer; considerando un 37% de mayor probabilidad de sufrir cáncer de mama y casi el doble de probabilidad de sufrir cáncer de ovario (Miller et al., 2022).

Todas las afecciones mencionadas disminuyen su esperanza de vida, por lo que la prevención y educación sanitaria acerca de los factores de riesgo de la preeclampsia, siendo estas tareas de enfermería, puede ayudar significativamente a reducir los casos de este trastorno y los efectos a largo plazo. Evitando así las comorbilidades y pluripatologías, que comprometen la salud de las personas en mayor medida, además de suponer mayor dificultad a la hora de encontrar los tratamientos y curas de enfermería adecuados para cada persona.

MARCO CONCEPTUAL

EMBARAZO

Según la Real Academia Nacional de Medicina de España el término *embarazo* responde a las definiciones: “estado en el que se encuentra una mujer desde la concepción hasta el parto” y “período del desarrollo del ser humano comprendido desde la fecundación hasta el nacimiento” (Real Academia Nacional de Medicina, s.f.).

Así pues, además de consistir en la creación de un nuevo ser humano; el embarazo contiene intrínsecos a sí un amplio número de cambios de índole física, fisiológica, metabólica, anatómica, conductual, emocional, bioquímica y cognitiva, entre ellos. Algunos, son cambios transitorios y temporales, otros duran todo el período de gestación, y existen los que se convierten en permanentes (Peña et al., 2023).

Los cambios cardiovasculares: el volumen sanguíneo se incrementa, así como el gasto cardíaco; y también se produce una redistribución del flujo sanguíneo, incrementando el dirigido a la placenta y el útero. Además, debido a que las hormonas características del embarazo disminuyen las resistencias vasculares, la tensión arterial se reduce. Por último, la frecuencia cardíaca se incrementa entre un 15 y 25% con respecto a la previa al embarazo (Peña et al., 2023).

Entre los cambios a nivel respiratorio, que se producen en la temprana gestación, se dilata la vascularización de las mucosas; asciende el diafragma por el crecimiento del útero; y la mujer gestante, además, se encuentra en alcalosis respiratoria leve compensada (Peña et al., 2023).

En cuanto a la función renal y excretora: encontramos mayor retención de sodio, expansión del volumen plasmático, así como del tamaño de los riñones y la tasa de filtrado glomerular. A este nivel, la gestante requiere monitorización, debido a que la proteinuria y la glucosuria hacen posible un diagnóstico de diabetes gestacional o preeclampsia, entre otros. Cabe añadir, que es muy común durante el embarazo presentar edema en los miembros inferiores (Peña et al., 2023).

Continuando con cambios frecuentes, la sensación nauseosa y los vómitos, que generalmente se sufren al principio del embarazo, pueden estar relacionados con diversas hormonas. Una de ellas es la gonadotropina coriónica humana o hCG, es propia del embarazo y se desarrolla en la placenta. Se encarga de mantener el cuerpo lúteo y, posteriormente, producir progesterona (Hospital Universitario La Moraleja, s.f.). Los estrógenos y la progesterona también están relacionados. Además, a esto se une el reflujo gastroesofágico (RGE) y la pirosis; provocados por el desplazamiento de los órganos gástricos (Peña et al., 2023).

Los cambios a nivel inmunológico, son indispensables debido a que el cuerpo de la gestante no debe sufrir un rechazo al nuevo organismo que se está formando en su interior con unas características genéticas diferentes a las suyas; por lo que mediante los linfocitos, se producen cambios con respecto a la inflamación en endometrio y placenta (Peña et al., 2023).

Estos, entre otros, como los cambios hematológicos y endocrinos, son los cambios que sufre el organismo de la persona gestante en un embarazo normal, aunque esto no quiere decir que no se requiera una minuciosa observación y monitorización para asegurar la seguridad y bienestar de la embarazada y el bebé (Peña et al., 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 580.000 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones del embarazo y el parto; y alrededor de un 15% de los embarazos presentan complicaciones (Rafael-Heredia & Iglesias-Osores, 2021). Entre las complicaciones más frecuentes del embarazo, se encuentran los EHE, la diabetes gestacional, la preeclampsia, el desprendimiento de placenta, la placenta previa, la placenta accreta, etc. (Silva, 2021).

TIPOS DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE LA GESTACIÓN

Entre los trastornos hipertensivos durante la gestación, encontramos: la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión crónica, la hipertensión crónica presentada junto a preeclampsia y la hipertensión gestacional.

La preeclampsia es la patología en la cual nos centraremos en este trabajo, sobre la cual profundizaremos más adelante. La eclampsia, por otro lado, es consecuencia de la preeclampsia. Ambos síndromes se producen a partir de la vigésima semana de gestación y, además de consistir en la elevación de la presión sanguínea, se caracterizan por la presencia de proteinuria. También, destacan por su imprevisibilidad, ya que aunque la gestante presente una HTA leve, esta puede progresar hasta la eclampsia de forma súbita (Briones et al., 2009).

Por otro lado, la hipertensión crónica consiste en HTA presente previamente al embarazo de forma persistente o previa a la vigésima semana de gestación. Además, no presenta proteinuria, pero si esta aparece en la segunda mitad del embarazo, puede indicar preeclampsia + hipertensión crónica (Briones et al., 2009).

Cuando la hipertensión crónica y la preeclampsia se presentan de forma conjunta, implican mayor riesgo tanto para la persona gestante como para el bebé. Su diagnóstico consiste, además de en la aparición de proteinuria en mujer hipertensa antes de la semana 20 de gestación como previamente hemos mencionado; en trombocitopenia e incremento de la aspartato aminotransferasa (AST) o de alanina aminotransferasa (ALT), enzimas que en elevadas cantidades indican daño hepático (Briones et al., 2009).

La hipertensión gestacional es hipertensión a partir de la segunda mitad del embarazo, sin aparición de proteinuria y con restauración de la normotensión a partir de la semana 12 post alumbramiento (Briones et al., 2009).

PREECLAMPSIA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Según la Real Academia Española, la preeclampsia es un “síndrome complejo que se produce durante el embarazo y que se caracteriza por la presencia de hipertensión, edemas y exceso de proteínas en la orina” (Real Academia Española, 2024).

Se trata de una enfermedad o síndrome multisistémico que consiste en: hipertensión específica del embarazo juntamente con otras alteraciones orgánicas como pueden ser la proteinuria, trombocitopenia, insuficiencia renal, hepática, disfunción pulmonar y síntomas de distintos tipos como los cerebrales y visuales; produciéndose todo lo mencionado tras la semana 20 de embarazo (Dimitriadis et al., 2023; Peña et al., 2023).

Si bien la clasificación de los tipos de preeclampsia es compleja debido a que no se conoce con exactitud la etiología de esta, atenderemos a la diferenciación entre preeclampsia leve, severa y la eclampsia, las cuales explicaremos más adelante, dado que sus signos y síntomas ayudan al diagnóstico (Voto et al., 2008).

ETIOLOGÍA

Como previamente hemos mencionado, el cuerpo de la gestante sufre cambios normales durante la gestación, pero si dichos cambios se producen de una forma deficiente, ya sea en exceso o escasez, se pueden sufrir trastornos tales como la preeclampsia. Pese a que por lo general esta se desarrolla durante el segundo trimestre, probablemente la patogenia tiene un inicio previo (Peña et al., 2023).

Durante el embarazo, con el fin de no rechazar el feto, el cuerpo de la madre desarrolla tolerancia a sus células; pero si se produce un fallo en la producción de esta tolerancia, se activa una respuesta inflamatoria que contribuye al inicio de la preeclampsia. Además, como se requiere de una redistribución del flujo sanguíneo para la correcta aportación de nutrientes al feto, si dicha adaptación vascular se deteriora, también se da paso a una posible preeclampsia (Peña et al., 2023).

Por lo tanto, pese a que no se conozca todavía con exactitud la etiología de la preeclampsia, se atribuye a la conjunción de un déficit de la correcta adaptación a la gestación por parte del sistema inmunológico y vascular (Peña et al., 2023).

FISIOPATOLOGÍA

En un embarazo normal, el trofoblasto, que es un conjunto de células que forman parte de la placenta y contribuye en la formación del embrión en la pared uterina y lo protege; se libera en el útero por la interacción con diferentes sustancias como las citocinas y las moléculas de adhesión. En

este punto, el trofoblasto actúa sobre los vasos sanguíneos, reduciendo la pared de las arterias para conseguir mayor flexibilidad, y por tanto, obteniendo mayor capacidad para el flujo de la sangre. Como resultado, consigue aportar oxígeno y nutrientes al feto (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.; Voto et al., 2008).

Por el contrario, cuando una paciente padece preeclampsia, la liberación de trofoblastos es deficiente. Esto significa que no se produce el cambio vascular de forma efectiva, provocando disminución del flujo en la placenta, ocasionando isquemia placentaria (Voto et al., 2008).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se trata de una dolencia que afecta tanto a la madre como al hijo, y también a cualquier órgano del cuerpo. Como ya sabemos, cursa con hipertensión arterial y proteinuria. Pero además, pueden aparecer otros síntomas como: edemas, dolor abdominal, alteraciones visuales y neurológicas, cefalea, alteración en el análisis hepático, déficit de plaquetas y glóbulos rojos (Voto et al., 2008; Peña et al., 2023).

DIAGNÓSTICO

Dado que actualmente no disponemos de una prueba específica que indique su existencia, su diagnóstico se basa en la detección de hipertensión arterial y proteinuria en la madre (Peña et al., 2023).

Como previamente hemos especificado, la preeclampsia puede dividirse en tres tipos, y estos ayudan a su vez al diagnóstico: la preeclampsia leve o sin signos de gravedad, que consiste en HTA (160-140/110-90 mmHg); proteinuria y leve edema en pies y manos; la severa o con signos de gravedad, que consiste en una mayor HTA (>160/110 mmHg) junto con síntomas como la cefalea, la visión borrosa, acúfenos y dolor epigástrico, entre otros. Y por último, la eclampsia, que supone un riesgo muy elevado tanto para la madre como para el bebé y consiste en las convulsiones o, incluso, coma de la gestante (Peña et al., 2023).

En cuanto a la proteinuria, la cantidad de proteínas en la orina de un día que indican la enfermedad debe ser igual o mayor a 300 mg en muestra de orina de 24h. O bien, presentar 30 mg/mmol o más de proteinuria/creatinuria en una muestra de orina por separado (Peña et al., 2023).

FACTORES DE RIESGO

Debido a su alta prevalencia, se han estudiado los posibles factores de riesgo que pueden favorecer su desarrollo. Los podemos dividir en:

Factor hereditario

La preeclampsia tiene mayor probabilidad de aparecer en las mujeres cuyas progenitoras padecieron esta enfermedad. Pero no solo puede ser causada por herencia materna, sino también puede provenir del padre. Un embarazo cuyo padre haya sido producto de esta complicación, tiene el doble de posibilidades de desarrollarla (Briones et al., 2009).

Antecedentes personales

Presentan mayor riesgo las personas que: han padecido previamente preeclampsia; han sido diagnosticadas de diabetes mellitus (aumentando el riesgo cuanto mayor sea el daño renal); llevan a cabo un embarazo múltiple, debido a la grandaria de la placenta; presentaban a priori hipertensión crónica; han sufrido infecciones del tracto urinario en el transcurso de la gestación; padecen el síndrome antifosfolípido; sufren trastornos que afectan al endotelio, ya que está directamente relacionado con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad. Tales como: altos valores de aminoácido homocisteína, alteraciones renales, hiperglucemias y resistencia a la insulina (Briones et al., 2009).

Factor materno

Dos de los factores más influyentes en esta afección son la edad materna y la nuliparidad. Desde los 34 años el riesgo aumenta progresivamente, teniendo a los 40 años el doble de probabilidades de desarrollarla. Además, como hemos mencionado, en gestantes primíparas, el embarazo puede ser más peligroso, así como, cuando han pasado más de una década entre los embarazos (Briones et al., 2009).

Factores ambientales

Las personas con menor accesibilidad a recursos y, por tanto, que presentan déficits en su dieta, presentan mayor incidencia. Se ha estudiado que puede ser causado por la falta de las vitaminas C y E, y nutrientes como el selenio, zinc y ácidos grasos esenciales. Otro factor contribuyente es que la gestante continúe trabajando en este periodo (Briones et al., 2009).

TRATAMIENTO

El tratamiento definitivo es la extracción del feto, pero debido a que se trata de un trastorno hipertensivo que se da de forma temprana, existen graves problemas de prematuridad. Por lo que antes de interrumpirlo, se deben tener en cuenta tres factores. Uno de ellos es la respuesta de la madre al tratamiento, lo que incluye el control de la hipertensión, la función renal y la supervisión de signos clínicos acompañantes (Briones et al., 2009).

Por otro lado, los dos factores restantes son los problemas que aparecen tanto en la madre como en el feto. En la gestante se deben vigilar mediante exploraciones las funciones neurológicas,

cardiopulmonares, hemodinámicas, renales, hepáticas y metabólicas. En cuanto al feto, se deben controlar el pulso, las ecografías y realizar una prueba de bienestar (Briones et al., 2009).

Cabe destacar que se adecuará la medicación para tratar la tensión arterial elevada según las circunstancias, dependiendo si es leve o severa (Voto et al., 2008).

COMPLICACIONES

Las complicaciones de este trastorno, se pueden dar tanto en la madre como en el hijo. Relacionados con la parte materna, pueden haber daños hepáticos y renales, desarrollando insuficiencia hepática y renal. También edema pulmonar, hemorragias cerebrales, coagulación intravascular diseminada (CID), desprendimiento de la placenta, síndrome de HELLP, eclampsia y muerte de la gestante, e incluso, del feto o el recién nacido (Peña et al., 2023; Salazar et al., 2024). En cuanto al hijo, la deficiencia de nutrientes y oxígeno provocadas por una placenta insuficientemente dotada, retrasa y perjudica el crecimiento del feto. Además, se debe prestar atención a los problemas de prematuridad, como el bajo peso en el nacimiento. En consecuencia, el índice de mortalidad perinatal aumenta en estos casos (Peña et al., 2023).

Del mismo modo que provoca efectos a corto plazo o inmediatos, como los que se han mencionado, también los desarrolla a largo plazo. Las madres son más propensas a padecer enfermedades crónicas como la hipertensión y la enfermedad renal. Los niños pueden haber sufrido daños neurológicos debido a la privación de oxígeno en la gestación, y esto causar problemas a nivel cerebral en un futuro (Peña et al., 2023).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Tabla 1. Pregunta de Investigación

PICO	
Población (P)	Mujeres que padecen preeclampsia
Intervención (I)	Las curas de enfermería
Comparación (C)	No aplica
Outcome (O)	Menor incidencia de complicaciones de la preeclampsia
¿Son las curas de enfermería efectivas en la prevención de las complicaciones en mujeres que padecen preeclampsia?	

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las curas de enfermería que pueden prevenir y mejorar las complicaciones en mujeres que padecen preeclampsia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar el impacto de la preeclampsia en la vida de las mujeres que la han padecido.
- Estudiar el impacto de la preeclampsia en la vida de los hijos de las mujeres que la han padecido.

METODOLOGÍA

El estudio presente consiste en una revisión bibliográfica realizada a partir de los artículos disponibles en diversas bases de datos, para la identificación, descripción y síntesis de dichos artículos.

Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scopus, Dialnet y Biblioteca Cochrane. La lectura y análisis de los artículos se llevó a cabo durante enero y febrero de 2025.

Para la identificación y cribaje de los diferentes artículos se utilizaron las fases de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), especificados en el diagrama de flujo: Identificación, Selección, Elegibilidad e Inclusión.

Para la formulación de la ecuación de búsqueda se han utilizado el lenguaje natural, terminología DeCs (descriptores en ciencias de la salud) y MeSH (Medical Subject Headings), representados en la siguiente tabla:

Tabla 2. Lenguaje de búsqueda

Lenguaje natural	DeCs	MeSH
Preeclampsia	Preeclampsia	Preeclampsia
Cuidados de enfermería	Cuidados de enfermería	Nursing care
Complicaciones	Complicaciones	Complications
Complicaciones de salud	Complicaciones de salud	Health complications

Cabe, además añadir, que hemos empleado AND como operador booleano para realizar la búsqueda.

ECUACIONES DE BÚSQUEDA

Tabla 3: Ecuaciones de búsqueda

1º ecuación	Preeclampsia AND nursing care
2º ecuación	Preeclampsia AND complications AND nursing care
3º ecuación	Preeclampsia AND health complications

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados a partir de 2015	Artículos publicados antes de 2015
Artículos sobre gestación humana	Artículos sobre gestación de otras especies
Artículos publicados en castellano, inglés y portugués	Artículos sin versión en español, inglés o portugués
Acceso gratuito mediante SaBiDi	Artículos en plataformas de pago sin acceso mediante SaBiDi
Publicación de textos completos	Publicación única del resumen/abstract
Disponible en línea	Disponible en físico con tiempo de espera para préstamo
Artículos que no sean revisiones sistemáticas	Revisiones sistemáticas

RESULTADOS

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Tabla 5: Estrategia de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Nº de artículos obtenidos que se ajustan a los criterios de inclusión	Nº de artículos utilizados (duplicados)
Pubmed	Preeclampsia AND nursing care	344	13 (2)
Scopus	Preeclampsia AND nursing care	58	4
	Preeclampsia AND complications AND nursing care	29	0
Dialnet	Preeclampsia AND complications AND nursing care	21	2
	Preeclampsia AND health complications	72	0
Cochrane	Preeclampsia AND nursing care	44	1 (1)
	Preeclampsia AND complications AND nursing care	24	0

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

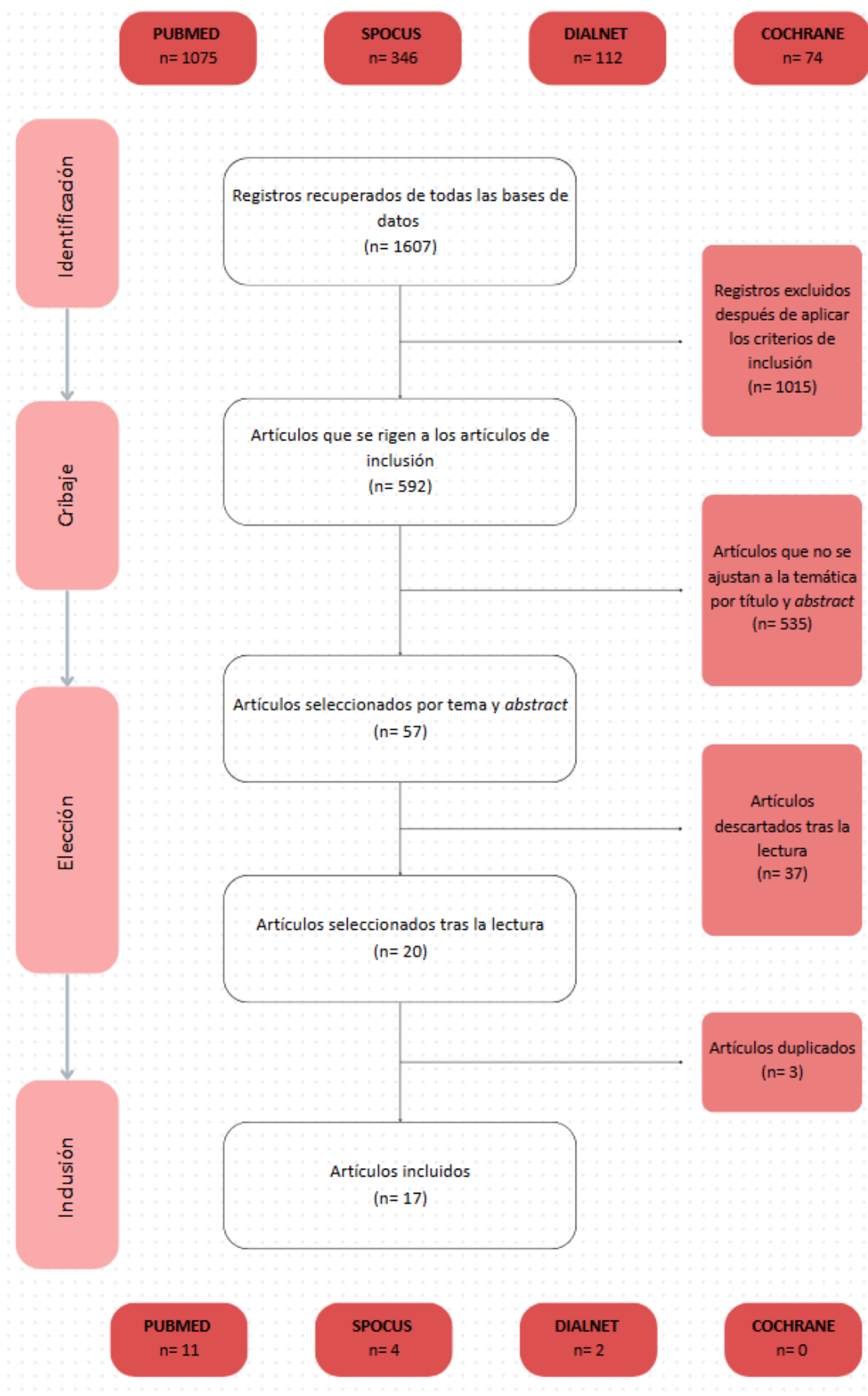


TABLA DE RESULTADOS

Tabla 6: Tabla de resultados

Autor, país y año	Título	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusiones
<p>Eirin Arntzen, Ranveig Jøsendal, Heidi Linn Sandsæter y Julie Horn</p> <p>Noruega, 2023</p>	<p>Postpartum follow-up of women with preeclampsia: facilitators and barriers — A qualitative study</p>	<p>Investigar las perspectivas y preferencias de las mujeres sobre el seguimiento postparto después de una gestación con preeclampsia.</p>	<p>Estudio cualitativo mediante entrevistas telefónicas</p>	<p>Las mujeres con preeclampsia enfrentan miedo e incertidumbre sobre su salud futura, desean recibir orientación sobre cambios en el estilo de vida, pero muchas no priorizan su salud postparto. Además, se identificó una falta de seguimiento estructurado, lo que destaca la necesidad de un sistema de atención más organizado.</p>	<p>Es fundamental implementar un seguimiento postparto más estructurado para mujeres con preeclampsia, utilizando directrices estandarizadas y garantizando la participación activa de los profesionales de salud en el cuidado postparto (Arntzen et al., 2023).</p>

<p>Ethelwynn L. Stellenberg y Nompumelelo L. Ngwekazi</p> <p>Sudáfrica, 2016</p>	<p>Knowledge of midwives about hypertensive disorders during pregnancy in primary healthcare</p>	<p>Determinar el nivel de conocimientos de las matronas sobre trastornos hipertensivos en el embarazo en centros de atención primaria</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo</p>	<p>Las matronas tienen un conocimiento adecuado sobre los trastornos hipertensivos en el embarazo, pero presentan lagunas en áreas clave como el diagnóstico y tratamiento actualizado, especialmente en el manejo farmacológico.</p>	<p>Es fundamental fortalecer la formación continua de las parteras en la atención primaria, con énfasis en el manejo de la hipertensión gestacional y la preeclampsia, para mejorar la calidad de la atención brindada (Stellenberg & Ngwekazi, 2016).</p>
<p>Fei Li</p> <p>China, 2018</p>	<p>Effects of high-quality nursing on puerpera with pregnancy hypertension</p>	<p>Analizar los efectos clínicos de una atención de enfermería de alta calidad en mujeres puérperas con hipertensión durante el embarazo.</p>	<p>Estudio experimental.</p>	<p>El grupo de intervención mostró mejores resultados al presentar menores niveles de depresión, ansiedad y presión arterial, así como menores tasas de preeclampsia y eclampsia. Hubo mejores resultados en el peso y las puntuaciones de Apgar de los recién nacidos.</p>	<p>La atención de enfermería de alta calidad muestra un impacto positivo en las puérperas con hipertensión gestacional, al mejorar su bienestar psicológico, reducir la presión arterial y aumentar el peso al nacer de los bebés (Li, 2018).</p>

<p>Fen Yang, Imre Janszky, Mika Gissler, Nathalie Roos, Anna-Karin Wikström, Yongfu Yu, Hua Chen, Anna-Karin Edstedt Bonamy, Jiong Li y Krisztina D László</p> <p>Islandia, 2022</p>	<p>Association of Maternal Preeclampsia With Offspring Risks of Ischemic Heart Disease and Stroke in Nordic Countries</p>	<p>Investigar la relación entre la preeclampsia materna y el riesgo de enfermedad cardíaca isquémica y accidente cerebrovascular en los hijos.</p>	<p>Estudio de cohortes</p>	<p>Los hijos de madres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca isquémica y accidente cerebrovascular. Los riesgos de accidente cerebrovascular son más altos en casos de preeclampsia severa.</p>	<p>La preeclampsia materna se asocia con un mayor riesgo cardiovascular en la descendencia, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento cardiovascular a largo plazo para estos niños (Yang et al., 2022).</p>
<p>Heidi L Sandsæter, Julie Horn, Janet W Rich-Edwards y Hege S Haugdahl</p> <p>Noruega, 2019</p>	<p>Preeclampsia, gestational diabetes and later risk of cardiovascular disease: Women's experiences and motivation for lifestyle changes explored in focus group interviews.</p>	<p>Explorar y evaluar las experiencias de las mujeres con preeclampsia y diabetes gestacional, además de su motivación y necesidad de información para adquirir cambios de estilo de vida.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Las mujeres con preeclampsia y diabetes gestacional sintieron falta de apoyo tras el parto y necesitaban más información sobre los riesgos futuros, así como apoyo profesional para adoptar hábitos saludables.</p>	<p>Es fundamental ofrecer más apoyo e información a las mujeres que han tenido preeclampsia o diabetes gestacional después del parto, con el fin de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares a largo plazo (Sandsæter et al., 2019).</p>

<p>James M. Roberts, Tekoa L. King, John R. Barton, Stacy Beck, Ira M. Bernstein, Tiffani E. Buck, Michele A. Forgues-Lackie MBA, Francesca L. Facco, Alison D. Gernand, Cornelia. Graves, Arundhati Jeyabalan, Alisse Hauspurg, Tracy A. Manuck, Jenny E. Myers Trashaun M. Powell, Elizabeth F. Sutton, Elizabeth Tinker, Eleni Tsigas y Leslie Myatt.</p> <p>Estados Unidos, 2023</p>	<p>Care plan for individuals at risk for preeclampsia: shared approach to education, strategies for prevention, surveillance, and follow-up.</p>	<p>Establecer un plan de cuidado a las personas embarazadas con riesgo moderado/ alto de desarrollar preeclampsia para reducir el riesgo y las morbilidades asociadas.</p>	<p>GRADE (Calificación de evaluación, desarrollo y evaluación de recomendaciones).</p>	<p>Revisa y destaca las evidencias de la atención durante el embarazo (parto, intraparto y postparto). Además, proporciona recomendaciones en cuanto a estrategias y conductas preventivas. También sobre su seguimiento.</p>	<p>El Plan de atención para individuos con riesgo de preeclampsia establece directrices seguras, económicas y no invasivas. Se anticipa que su adopción será mayor en un futuro, particularmente cuando se adopte a las guías sociales y a los registros médicos electrónicos (Roberts et al., 2023).</p>
<p>Jing Li, Wan-Yuan Zhao, Ying Zhuang, Ning Gu, Meng-Qin Wang, Ya-Ning Zheng y Jie-Xun Wang.</p> <p>China, 2024.</p>	<p>Efficacy of an enhanced recovery nursing plan as a rooming-in practice for women with preeclampsia post-cesarean section.</p>	<p>Desarrollar y evaluar los resultados clínicos de un plan de curas enfermero para mejorar la recuperación de las mujeres con preeclampsia después de una cesárea.</p>	<p>Estudio cuasi-experimental</p>	<p>El plan de curas fue eficaz para mejorar la recuperación postoperatoria de las mujeres con preeclampsia tras una cesárea, al reducir la ansiedad, mejorar la autoeficacia, la lactancia y el control del dolor y la presión arterial.</p>	<p>Se enfatiza la relevancia de ofrecer cuidados individualizados y se sugiere aplicar este modelo en diferentes hospitales para mejorar los resultados en la salud materna (Li et al., 2024).</p>

<p>Linghua Kong, Xinxia Chen, Yajun Liang, Yvonne Forsell, Mika Gissler y Catharina Lavebratt</p> <p>Finlandia, 2022</p>	<p>Association of Preeclampsia and Perinatal Complications With Offspring Neurodevelopmental and Psychiatric Disorders</p>	<p>Evaluar la relación entre la preeclampsia materna, de forma individual y en combinación con las complicaciones perinatales, y los trastornos del desarrollo y psiquiátricos en la descendencia.</p>	<p>Estudio de cohortes</p>	<p>Los niños expuestos a preeclampsia y complicaciones perinatales tienen un mayor riesgo de trastornos del desarrollo y psiquiátricos.</p>	<p>La combinación de preeclampsia y complicaciones perinatales aumenta significativamente el riesgo de trastornos en la descendencia (Kong et al., 2022).</p>
<p>Maria Beatriz Guimarães Ferreira, Caroline Freitas Silveira, Sueli Riul da Silva, Delvane José de Souza y Mariana Torreglosa Ruiz.</p> <p>Brasil, 2016.</p>	<p>Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review.</p>	<p>Analizar la evidencia disponible sobre cuidados enfermeros para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia.</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>Destacó la detección precoz de la preeclampsia, el seguimiento de las pruebas y la evaluación fetal. Se subrayó la importancia de estandarizar los protocolos de atención, las técnicas para medir la presión arterial y el manejo temprano de las crisis hipertensivas.</p>	<p>Las mujeres con preeclampsia y/o eclampsia requieren una atención y cuidados enfermeros específicos basados en la evidencia científica (Ferreira et al., 2016).</p>

<p>Mesfin Tadese, Wogene Asefa Damesa, Gebeyehu Shumet Solomon, Getu Engida Wakie, Saba Desta Tessema y Agizew Endale</p> <p>Etiopía, 2024</p>	<p>Maternal outcomes of preeclampsia with severe features and its determinants at Abebech Gobena Mothers and Childrens Health and Saint Peter's Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study</p>	<p>Analizar los resultados maternos de las mujeres que padecen preeclampsia con características graves y los factores determinantes en los hospitales de Addis Abeba, Etiopía.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>Una detección temprana y un manejo adecuado son esenciales para mejorar los resultados de salud materna en mujeres con preeclampsia severa.</p>	<p>La preeclampsia severa representa un riesgo significativo para la salud de las madres, y que su detección temprana y un manejo adecuado son cruciales para mejorar los resultados. Se sugiere mejorar la vigilancia prenatal, garantizar el acceso a atención médica oportuna y promover la educación sobre la importancia de la atención temprana para prevenir y tratar la preeclampsia severa (Tadese et al., 2024).</p>
<p>Mollie McDermott, Eliza C. Miller, Tatjana Rundek, Patricia D. Hurn y Cheryl D. Bushnell.</p> <p>Estados Unidos, 2018</p>	<p>Preeclampsia: Association With Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome and Stroke</p>	<p>Investigar la relación entre la preeclampsia y el desarrollo del síndrome de encefalopatía posterior reversible y el accidente cerebrovascular.</p>	<p>Revisión bibliográfica y metaanálisis</p>	<p>La preeclampsia mostró un aumento significativo en el riesgo de desarrollar síndrome de encefalopatía posterior reversible y accidente cerebrovascular.</p>	<p>La preeclampsia aumenta el riesgo de encefalopatía posterior reversible y accidente cerebrovascular, por lo que es esencial monitorizar exhaustivamente para detectar complicaciones neurológicas (McDermott et al., 2018).</p>

<p>Natividad Calero Mercado, Beatriz Lucena Porras, José Antonio Agudo Caballero</p> <p>España, 2021</p>	<p>Abordaje enfermero en la preeclampsia</p>	<p>Sintetizar la evidencia científica disponible acerca de la preeclampsia.</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>La atención y cuidados a las gestantes con preeclampsia debe adecuarse a la gravedad de la patología.</p>	<p>Es necesario adaptar los cuidados a la evidencia científica, así como establecer más planes de cuidados específicos. Es importante la implicación de todo el equipo multidisciplinar en el cuidado integral de las pacientes (Calero Mercado et al., 2021).</p>
<p>Salazar A Josselyn-Andrea, Salcedo Victcely-DelCarmen, Sofía D. Vivanco-Hilario y Wilter C. Morales-García</p> <p>Perú, 2024</p>	<p>Nursing care for a patient with twin pregnancy and preeclampsia from the Gynecology Service of a clinic in Lima</p>	<p>Describir los cuidados de enfermería a una paciente con gestación gemelar y preeclampsia.</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo</p>	<p>Se identificaron patrones funcionales alterados asociados con complicaciones del embarazo. Las intervenciones aplicadas fueron efectivas, apreciándose la disminución de los riesgos de la preeclampsia.</p>	<p>El artículo resalta la importancia de un plan de cuidados personalizado para reducir riesgos y mejorar la atención de la madre y los gemelos (Salazar et al., 2024).</p>

<p>Seema Das, Renusha Maharjan, Rashmita Bajracharya, Rabina Shrestha, Sulata Karki, Rupesh Das, Jon Øyvind Odland y Maria Lisa Odland</p> <p>Nepal, 2023</p>	<p>Pregnancy outcomes in women with gestational hypertension and preeclampsia at Paropakar Maternity and Women's Hospital, Nepal: A retrospective study</p>	<p>Analizar y comparar los resultados del embarazo en mujeres con hipertensión gestacional y preeclampsia en el Hospital Paropakar Maternity and Women's de Nepal.</p>	<p>Estudio retrospectivo</p>	<p>Las mujeres con hipertensión gestacional y preeclampsia tienen un mayor riesgo de cesárea, parto prematuro y, en menor medida, de bajo peso al nacer en comparación con las mujeres con embarazos normales.</p>	<p>Las mujeres con hipertensión gestacional y preeclampsia requieren un seguimiento especializado debido al mayor riesgo de cesárea y parto prematuro (Das et al., 2023).</p>
<p>Teklit Grum, Abiy Seifu, Mebrahtu Abay, Teklit Angesom y Lidiya Tsegay</p> <p>Etiopía, 2017</p>	<p>Determinants of pre-eclampsia/Eclampsia among women attending delivery Services in Selected Public Hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: a case control study</p>	<p>Evaluar los determinantes de la preeclampsia/eclampsia entre las personas que asisten a los servicios de parto en hospitales públicos seleccionados de Addis Abeba, Etiopía.</p>	<p>Estudio de casos y controles</p>	<p>Se encontraron factores que tienen estadísticamente relación con la preeclampsia o la eclampsia, como los antecedentes de preeclampsia, el consumo de alcohol durante el embarazo o ser primigravida.</p>	<p>Para un diagnóstico y tratamiento temprano de la preeclampsia, los profesionales de la salud deben prestar especial atención a las primerizas y con embarazos múltiples. Además, se recomienda ofrecer orientación nutricional durante la atención prenatal, enfatizando la importancia de evitar el alcohol durante el embarazo (Grum et al., 2017).</p>

<p>Victor Z. Chikwalal, Agnes F. Massae, Stella E. Mushy y Edith A. M. Tarimo</p> <p>Tanzania, 2024</p>	<p>Perspectives of providing magnesium sulfate to patients with preeclampsia and eclampsia: A qualitative study amongst nurse-midwives in Dar es Salaam, Tanzania</p>	<p>Investigar las opiniones de las enfermeras parteras sobre el uso de MgSO₄ en el tratamiento de pacientes con preeclampsia o eclampsia en Tanzania.</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo</p>	<p>Las enfermeras reconocen la importancia del sulfato de magnesio en el manejo de preeclampsia y eclampsia, pero su aplicación es limitada por la falta de capacitación, el entorno de trabajo deficiente y la subutilización de las directrices.</p>	<p>Es esencial fortalecer la formación práctica de las enfermeras parteras y mejorar las condiciones laborales para asegurar un uso adecuado del sulfato de magnesio en el tratamiento de preeclampsia y eclampsia, además de fomentar una mejor aplicación de las directrices clínicas (Chikwala et al., 2024).</p>
<p>Wei Yan y Ying Zhou.</p> <p>China. 2025</p>	<p>The Application Effect of Evidence-Based Targeted Nursing in Severe Preeclamptic Women and Its Impact on Maternal Psychological Status, Quality of Life, and Maternal-Infant Outcomes.</p>	<p>Evaluar cómo la enfermería dirigida basada en la evidencia afecta a la salud mental, calidad de vida y resultados materno-infantiles en mujeres con preeclampsia severa.</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p>	<p>La atención centrada de enfermería logró resultados satisfactorios en el estado psicológico, la calidad de vida y los resultados maternos y neonatales.</p>	<p>El cuidado individualizado reduce la depresión, ansiedad y los riesgos del embarazo y del neonato (Yan & Zhou, 2025).</p>

DISCUSIÓN

ACTUACIÓN PREVENTIVA

IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ

Los trastornos hipertensivos del embarazo (EHE) requieren cuidados individualizados, adaptados tanto a la gravedad del cuadro clínico como a la evidencia científica más actual. Estos cuidados deben proporcionarse desde un enfoque multidisciplinar y holístico, en el que intervengan profesionales capacitados para abordar de forma integral las necesidades de la gestante (Calero Mercado et al., 2021; Tadese et al., 2024; Grum et al., 2017).

Para proporcionar una atención óptima, es esencial identificar a las personas que presenten riesgo de desarrollar esta patología, la preeclampsia. La observación de los factores de riesgo y predisponentes permite anticiparse a la aparición de la enfermedad, disminuyendo significativamente la probabilidad de complicaciones y, en algunos casos, previniendo su desarrollo (Roberts et al., 2023, Grum et al., 2017). Como hemos señalado anteriormente, existen múltiples factores de riesgo. Pero sería relevante volver a destacar algunos de ellos, como por ejemplo: la hipertensión crónica, la diabetes mellitus gestacional, los embarazos múltiples y/o un embarazo anterior con complicaciones obstétricas (Roberts et al., 2023).

El conocimiento de dichos factores nos permite realizar un abordaje anticipado, actuando antes de que se manifiesten los primeros síntomas. Mediante una observación cercana y una correcta educación sanitaria a los pacientes, se obtendría como resultado una posible prevención tanto de la enfermedad, como de los efectos adversos posteriores. No obstante, existen limitaciones, ya que a pesar de que los factores de riesgo pueden llegar a ser predictores de su desarrollo, sólo abarcan una fracción limitada de quienes desarrollan preeclampsia (Roberts et al., 2023).

Un estudio realizado en Nepal, comparó los efectos de la preeclampsia y la hipertensión gestacional. En él, se concluyó que la preeclampsia presentaba mayor incidencia en los efectos secundarios del embarazo, como la interrupción del embarazo por cesárea y la prematuridad del niño. En el caso de las mujeres con preeclampsia, el 72,8 % requirió una intervención mediante cesárea, mientras que en el grupo con hipertensión gestacional esta cifra fue del 39,3 %. Además, se observaron tasas más elevadas de nacimientos prematuros y de neonatos con bajo peso, con incrementos del 13 % y 14 %, respectivamente, en comparación con los embarazos no afectados por trastornos hipertensivos. Estos hallazgos evidencian la importancia de una detección temprana y un control riguroso, que permitan actuar de manera oportuna y reducir las complicaciones asociadas (Das et al., 2023).

La enfermería en atención primaria pertenece a la primera línea de actuación, detectando casos y realizando atención preventiva; por lo que es necesario que se realice una correcta evaluación de los casos y se derive a los hospitales cuando se requiera de atención más específica (Stellenberg & Ngwekazi, 2016).

La detección temprana forma parte de la atención de calidad, que estaría compuesta por: el diagnóstico precoz, el tratamiento correspondiente y la prevención de las complicaciones materna y fetales. Un estudio primario, determina que esta atención disminuye un 50 % el riesgo de mortalidad (Ferreira et al., 2016).

DETECCIÓN

Asimismo, los profesionales de enfermería tanto del ámbito hospitalario como de los centros de atención primaria desempeñan un papel clave. Son los encargados de cribar a las mujeres embarazadas por medio de las siguientes intervenciones: el control de la tensión arterial; el reconocimiento de los factores de riesgo; la obtención de las muestras de laboratorio, el análisis de orina de 24h con el fin de detectar la presencia de proteinuria; y la valoración del bienestar fetal (Ferreira et al., 2016).

Después de la 20ª semana de gestación, la medida de la presión arterial resulta decisiva para el diagnóstico. Por esta razón, llevar a cabo la técnica de forma correcta es crucial para evitar resultados erróneos en su medición. Para reducir la probabilidad, la OMS, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y la revista The Lancet, indican las siguientes instrucciones:

- Utilizar un esfigmomanómetro manual, correctamente calibrado y un manguito de tamaño adecuado al brazo de la paciente.
- La paciente debe permanecer sentada, con el brazo al nivel del corazón.
- La presión arterial diastólica será el valor que resulte en la quinta fase de Korotkoff, cuando desaparece el sonido.
- Como mínimo, se debe realizar la técnica dos veces, separadas por un espacio de más de seis horas (Ferreira et al., 2016).

EDUCACIÓN SANITARIA PREVENTIVA

Un papel fundamental de los profesionales de enfermería es realizar educación sanitaria a los pacientes. En este caso, deben transmitir y resaltar la importancia de la continuidad de las visitas, es decir, de presentar una buena adherencia. Es conveniente explicar los beneficios sobre el control y el seguimiento, para reducir las complicaciones del embarazo tanto a corto como a largo plazo. Del mismo modo, informar sobre los hábitos saludables como forma de prevención del trastorno (Ferreira et al., 2016).

En relación a la detección de la enfermedad, adquiere especial relevancia que los pacientes conozcan los signos y síntomas. Por tanto, es beneficioso realizar una intervención al inicio del embarazo, donde se expliquen con claridad qué signos podrían indicar la aparición de la preeclampsia (Roberts et al., 2023).

Estas acciones refuerzan la capacidad de la gestante para detectar precozmente signos de alarma y permiten una intervención oportuna por parte del equipo sanitario.

ESTRATEGIAS CONDUCTUALES

La educación sanitaria para propiciar hábitos saludables en las personas con riesgo de preeclampsia se divide en tres ámbitos: la alimentación, el deporte y el descanso. La mejora de estos aspectos hacia una conducta más saludable, están relacionados con la reducción del riesgo a desarrollar complicaciones en el embarazo (Roberts et al., 2023).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) propone una serie de recomendaciones.

Con respecto a la alimentación, es aconsejable seguir una dieta equilibrada, con una ingesta correcta de nutrientes, en base a las necesidades de la persona. Por ello, es conveniente reducir los alimentos con alto contenido de azúcar y grasas saturadas (Roberts et al., 2023).

Como enfermeros, debemos proporcionar información sobre los alimentos recomendados y los no recomendados. Además, sugieren complementar la dieta mediante la vitamina D y el calcio. La ingesta de una dosis diaria de 600-2000 UI de vitamina D guarda relación con la prevención de la patología. Por otro lado, la implementación del calcio en la dieta también se relaciona con la disminución del riesgo de hipertensión arterial, y consecuentemente, de la preeclampsia. Se recomienda a las personas con carencias en la ingesta de calcio (< 800 mg al día). La dosis sugerida es de 1000 mg diarios, pero 500 mg también han resultado eficaces (Roberts et al., 2023).

Respecto al deporte, se recomienda a las personas de riesgo que no presenten restricciones médicas para realizarlo. Se propone realizar ejercicio aeróbico moderado y sesiones de fuerza, durante 30-60 minutos de tres a cuatro veces por semana (Roberts et al., 2023).

Por último, en relación al descanso, la higiene del sueño está totalmente relacionada con el estado de salud, por lo que se recomienda dormir 7 horas o más. Además, a las personas que presentan apnea obstructiva del sueño (AOS) se recomienda que continúen con el tratamiento prescrito (Roberts et al., 2023).

En resumen, desde el ámbito enfermero, la promoción de hábitos saludables constituye una herramienta esencial para prevenir la preeclampsia y mejorar la calidad de vida de la gestante, reforzando su papel activo en el autocuidado durante el embarazo.

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

La administración de aspirina a dosis bajas ha mostrado una evidencia en la profilaxis. Sin embargo, debido a la falta de evidencia concluyente sobre sus posibles efectos adversos a largo plazo en el desarrollo infantil, no se recomienda su uso de manera generalizada en todos los embarazos (Roberts et al., 2023).

De acuerdo con lo que propone el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), que apoya la ACOG y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM), se decidiría según el riesgo a la que está expuesta la paciente. Sugiere clasificar los factores de riesgo en dos grados: alto riesgo, que constituye un porcentaje aproximado de 8% o más de probabilidades de evolucionar hacia la preeclampsia; y riesgo moderado. Los primeros constan de: la gestación de más de un feto, la preeclampsia o eclampsia previa, la hipertensión crónica, la diabetes mellitus, las enfermedades autoinmunes y las patologías renales. En este caso, si presenta tan solo uno de ellos, sí se recomendaría 81 mg de aspirina diaria. Se establecería a partir de la semana 12 de embarazo y, como fecha más tardía, a partir de la semana 28. Se finaliza cuando se da el parto (Roberts et al., 2023).

Por otro lado, los factores de riesgo moderados son: la ausencia de antecedentes gestacionales, la fecundación in vitro, las complicaciones en embarazos previos, el peso reducido al nacer, la distancia de más de 10 años del último embarazo, la edad materna igual o superior a 35 años, la obesidad, la existencia de casos de familiares cercanos y los factores sociales (bajo nivel económico). Las personas que presenten dos o más variables, podrían comenzar el tratamiento con aspirina, siguiendo las recomendaciones que se han descrito anteriormente para las personas de alto riesgo (Roberts et al., 2023).

Existen diversas contradicciones que se deben tener en cuenta: la alergia a la aspirina, a los salicilatos, a los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, que presenten pólipos nasales y las personas asmáticas que hayan presentado broncoespasmo debido a la aspirina. También sería

relativo su uso si la persona presenta: úlcera péptica en fase activa, historial de hemorragias gastrointestinales o enfermedad hepática grave (Roberts et al., 2023).

Es importante reforzar la continuidad del tratamiento para adquirir mejores resultados, ya que disminuye la probabilidad de que aparezca la patología y la consecuente interrupción del embarazo, y también, el retraso del desarrollo fetal. Una investigación comparó un grupo de personas que presentaban una adherencia al tratamiento de aspirina mayor y otro con menor al 90 %, y determinó que aquellos que presentaban menor adherencia presentaban más complicaciones en el embarazo (Roberts et al., 2023).

Actualmente, la aspirina a dosis bajas es el único fármaco con evidencia sólida para la prevención de la preeclampsia. Aunque se están explorando nuevas opciones terapéuticas, los datos disponibles aún son limitados. En mujeres con hipertensión arterial crónica, el control estricto y sostenido de la presión arterial se considera una medida eficaz para reducir el riesgo de desarrollar esta patología (Roberts et al., 2023).

ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA

TRATAMIENTO SEGÚN GRAVEDAD

El abordaje y manejo en los casos de preeclampsia debe comenzar con una evaluación exhaustiva del estado de salud tanto de la madre como del feto, determinando el estado neurológico, respiratorio, cardiovascular, hematológico, bioquímico y renal; además del bienestar fetal mediante monitoreo fetal electrónico, perfil biofísico y estudio doppler de las arterias umbilicales y uterinas (Salazar et al., 2024).

Dado que la preeclampsia presenta complicaciones graves debe abordarse de forma eficaz, desde un equipo oportuno y multidisciplinario. En casos de sangrado vaginal con desprendimiento placentario siempre debe sospecharse de preeclampsia como causa subyacente (Salazar et al., 2024).

Así pues, dependiendo de las características del embarazo y de la gravedad de la preeclampsia, existen diferentes formas de atender y cuidar:

PREECLAMPSIA LEVE

En el caso de las gestaciones a término, si la preeclampsia es leve, tras la semana número 37, si el cuello uterino es favorable, se considera el parto; sin deber prorrogar más allá de la semana 40 incluso si las condiciones del cuello no son favorables (Calero Mercado et al., 2021).

Por otro lado, si se trata de una gestación pretérmino, se aconseja el tratamiento conservador, tanto hospitalario hasta lograr una estabilización, como ambulatorio en casos controlados. En cuanto al

tratamiento hospitalario, este se centra en la vigilancia fetal con recuento diario de movimientos fetales por parte de la madre, y dos veces por semana un estudio más exhaustivo; toma de tensión cada seis horas (con respeto del descanso), control de diuresis diaria, proteinuria al ingreso, y peso cada dos días; además de dieta normal y reposo relativo.

A nivel ambulatorio, la TA debe controlarse diariamente, y en caso de presentar una TA $\geq 150/100$ durante dos tomas consecutivas, la gestante debe acudir a urgencias. Así pues, la frecuencia de visitas, las analíticas y la vigilancia fetal dependerán de lo controlada que está la tensión arterial. Es importante que la gestante esté bien informada e instruida en los signos de complicación. Además, se recomienda dieta normal y reposo relativo también en estos casos (Calero Mercado et al., 2021).

PREECLAMPSIA GRAVE

Al contrario que en lo habitual del embarazo, que es la hipervolemia, en los casos de preeclampsia, existe una contracción del volumen intravascular; y, a pesar del edema característico, existe tendencia a la oliguria. Además de una valoración adecuada del estado materno y fetal, se debe tener en cuenta el riesgo de convulsiones (Calero Mercado et al., 2021; Salazar et al., 2024).

Por tanto, el abordaje sería el siguiente:

1. Debe proporcionarse **tratamiento endovenoso hipotensor**, con solución salina al 0.9%, con el fin de lograr una expansión intravascular adecuada. Además, en caso de persistir la oliguria, se puede iniciar tratamiento con diuréticos, por tal de conseguir rápidamente la normalización de la presión arterial sin necesidad de antihipertensivos.
2. Para la prevención de convulsiones, se puede administrar **tratamiento anticonvulsivo endovenoso** con infusión de sulfato de magnesio:
 - a. Inicio con una dosis de carga y mantener la infusión durante las 24h postparto.
 - i. Se recomienda administrar primero la dosis de carga en 15-20 minutos de 4g (40mL), seguido de 1g/h (10 mL/h) en infusión continua durante las 24h posteriores al parto.
 - b. Suspender si aparece arreflexia tendinosa o depresión del nivel de conciencia (y en este caso, administrar gluconato de calcio).
3. En cuanto a otro tipo de **tratamiento antihipertensivo**, sólo debe administrarse en el caso de presentar TA sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg; y deberán usarse fármacos como labetalol (betabloqueante), hidralazina (vasodilatador), metildopa (antihipertensivo) y nifedipino (bloqueante de los canales de Ca).

4. **Control materno:** determinación de la TA c/4h con reposo nocturno, balance hídrico estricto con control de diuresis, proteinuria y peso diariamente, control diario de signos y síntomas de complicación, analítica 2 veces por semana.
5. **Control fetal:** recuento diario de los movimientos por parte de la madre, monitorización no estresante (MNE) si tiene más de 26 semanas de gestación, ecografía, biometría en caso de que la gestación se alargue más de 15 días, índice de líquido amniótico (ILA), doppler y perfil biofísico semanal; administración de glucocorticoides para promover la maduración pulmonar fetal (betametasona 12 mg c/24h 2 dosis, repitiendo dosis de 12mg en caso de prolongarse la gestación) (Calero Mercado et al., 2021; Salazar et al., 2024).

Por tanto, en los casos de preeclampsia grave, los cuidados de enfermería incluyen: la detección y evaluación de complicaciones, preparar y administrar el tratamiento pautado, monitorizar la diuresis, TA, FC, FR y saturación de oxígeno y controlar los posibles efectos adversos y complicaciones de la medicación administrada. Además, del acompañamiento y trato cercano con la paciente, resolviendo dudas y proporcionando una atención completa (Calero Mercado et al., 2021; Salazar et al., 2024).

CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS

Los cuidados de enfermería individualizados pueden contribuir a disminuir los niveles de estrés y ansiedad de las gestantes, favoreciendo así un estado emocional más positivo (Ferreira et al., 2016; Yan & Zhou, 2025).

Asimismo, un plan de cuidados individualizado permite, además de una atención más óptima adecuada a cada caso, la participación activa del paciente, fomentando así su autonomía. Dichas estrategias, pueden potenciar la mejoría del desenlace clínico y la reducción de riesgos asociados (Yan & Zhou, 2025).

Un estudio analizó los datos de las pacientes con preeclampsia de un hospital, que fueron divididas en un grupo de control y otro que recibió una atención enfermera individualizada basada en la evidencia. Dicho artículo obtuvo como resultados que, el grupo que recibió la intervención individualizada mostró una mejora del estado psicológico (reducción del 30.8% de los niveles de depresión y de un 16.7% de los niveles de ansiedad), una incidencia significativamente menor de resultados adversos en el embarazo (un 18% frente a un 42%); una disminución de las complicaciones neonatales (22% frente a un 46.81%) y un mayor nivel de satisfacción en referencia a la atención recibida (un 96% frente a un 80.85%) (Yan & Zhou, 2025).

ATENCIÓN ENFERMERA EN EL POSTPARTO

En los casos de preeclampsia, en la atención postparto, es de gran relevancia vigilar y realizar controles de la tensión arterial frecuentemente. Pero, de acuerdo con lo que hemos explicado anteriormente, en los embarazos normales es posible desarrollar la afección de forma tardía. Esto sucede entre el 0.3% y el 7.5% de los casos. Incluso, el 39% de las personas que ya presentaban preeclampsia, mantienen la presión arterial elevada después del embarazo (Roberts et al., 2023).

A día de hoy, no existen estrategias ni protocolos estandarizados que permitan anticipar con precisión la aparición de la preeclampsia posparto. No obstante, se reconoce que las mujeres que ya presentaban factores de riesgo previos al parto tienen una mayor probabilidad de desarrollarla, en comparación con aquellas sin antecedentes (Roberts et al., 2023).

En un embarazo que cursa dentro de la normalidad, sin riesgos añadidos, se evalúa la presión arterial y la frecuencia cardíaca cada 15 minutos, según las directrices de ACOG. Esto se realizará 8 veces, es decir, durante dos horas. Si este embarazo hubiese presentado complicaciones, como la preeclampsia, se realizarían con mayor frecuencia (Roberts et al., 2023).

A partir de aquí, no existe evidencia clara sobre la periodicidad de las visitas idóneas a las que debe acudir la madre. ACOG recomienda realizarlas a las 3 semanas y la siguiente a las 12 semanas. En el caso de personas de riesgo y preeclámpticas, se citarían más a menudo (Roberts et al., 2023).

Una técnica aconsejada por ACOG, es la medida diaria de la presión arterial en casa durante 3 semanas, es decir, hasta que acuda a la cita con su médico. De esta forma, se aporta tranquilidad y satisfacción a los pacientes, además de controlar, y en consecuencia, actuar a tiempo si se produjera una complicación. Enfermería explicaría la forma óptima para medir la tensión arterial. Se proporcionarían las siguientes instrucciones: realizar la técnica a la misma hora todos los días; evitar tomarla después de comer, beber, tomar la medicación, fumar o realizar deporte; intentar que la vejiga esté vacía; no cruzar las piernas; esperar en reposo de 3 a 5 minutos sentado en una silla con el brazo colocado encima de la mesa, se debe encontrar a la altura del corazón; realizar 2 o 3 lecturas con un descanso de al menos 1 minuto entre ellas; escribir los resultados; por último, se debe informar de que, en caso de que el valor fuera mayor de 140/90 mmHg, es conveniente que avisen a su médico (Roberts et al., 2023).

Durante los primeros seis meses después del embarazo, la enfermedad cardiovascular constituye una de las principales causas de mortalidad. Por ello, es necesario un control cardiovascular entre los 3 y 6 meses postparto. Después de las visitas que se realizan en el primer año, es aconsejable seguir con la continuidad de visitas. Deben incluir la medición de la tensión arterial, el peso, la altura, la glucosa y los lípidos (Roberts et al., 2023).

Simultáneamente a lo anterior, se debe prestar atención a las preocupaciones que pueden experimentar las puérperas. Ya que, al padecer un trastorno hipertensivo, está en peligro su salud y la de su bebé. La enfermería de alta calidad aborda todos los ámbitos que afectan a la paciente, un abordaje integral. Esto se lleva a cabo mediante distintas intervenciones. El apoyo psicológico, que consiste en detectar el malestar emocional que pueda evolucionar hacia la ansiedad y la depresión, proporcionar apoyo emocional, explicar la situación en la que se encuentran, en cuanto a la enfermedad y su caso individual, para aumentar la información y su comprensión. También se explican casos exitosos, para favorecer los pensamientos positivos de las pacientes. El cuidado del espacio terapéutico, como evitar las interrupciones en el descanso de las pacientes, mantener un ambiente agradable con luz y temperatura adecuadas. El control de la enfermedad, la vigilancia de la aparición de complicaciones y las curas durante el puerperio, mencionadas anteriormente (Li, 2018). Un estudio comparativo evidenció que las mujeres con enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) que recibieron atención enfermera personalizada en el posparto, experimentaron mejoras significativas en su salud emocional, una reducción de la presión arterial y de las complicaciones asociadas. Así como, una recuperación materna y neonatal más favorable, y el aumento del sentimiento de bienestar tras la atención proporcionada, en comparación con aquellas que recibieron cuidados estandarizados (Li, 2018).

ATENCIÓN EN CASO DE CESÁREA

Un artículo en China, destacó que en los partos que se producen mediante cesárea, un plan de cuidados de enfermería especializado, puede mejorar la recuperación postoperatoria; fortaleciendo la eficacia y confianza de las madres en sí mismas y su situación (Li et al., 2024).

Entre los cuidados de enfermería descritos en el estudio se encuentran: el control de la presión arterial postoperatoria, la temperatura, el dolor, la actividad y el descanso, el control de líquidos, la monitorización de complicaciones, y, el control de la dieta y lactancia materna (Li et al., 2024).

Ya que se trata de una intervención quirúrgica (IQ), la atención y abordaje enfermero se divide en el artículo según las horas post intervención:

- Hasta 6 horas post IQ:
 - Control de la tensión arterial: para las mujeres sin daño orgánico el objetivo está en TA 130-155/80-105 mmHg; en el caso de padecer daño orgánico TA 130-139/80-89 mmHg.
 - Administración de sulfato de magnesio (en caso de insuficiencia renal, se debe ajustar la dosis).

- Además, en caso de ser necesario, se debe administrar los antihipertensivos prescritos.
- Gestión de fluidos: balance hídrico estricto.
- Monitorización de complicaciones:
 - Insuficiencia cardíaca, monitorizando FC, FR y ortopnea.
 - Hemorragia postparto, considerando en el balance hídrico el sangrado, además de controlar la calidad uterina y el resto de signos vitales.
 - Síndrome de HELLP: trombocitopenia, dolor abdominal.
- Control de la temperatura.
- Manejo del dolor: analgesia y faja abdominal.
- Actividad y descanso: promover la movilidad y facilitar el descanso.
- Dieta: iniciar tolerancia alimenticia incluso 2h post IQ.
- Lactancia: fomentar la lactancia, proporcionando educación sanitaria sobre el contacto y la succión del recién nacido (Li et al., 2024).
- 6-24h post-IQ:
 - Terapia y monitorización:
 - Mantenimiento del sulfato de magnesio, controlando signos vitales cada 2h.
 - Administrar la medicación prescrita.
 - Educación sanitaria sobre el control de entradas y salidas para mantener el balance hídrico.
 - Vigilancia de complicaciones:
 - Insuficiencia cardíaca: FC (>110 latidos por minuto), disnea (>20 respiraciones por minuto), ortopnea, opresión torácica...
 - Hemorragia posparto: sangrado vaginal, fondo y tono uterino, signos vitales e indicadores y marcadores de laboratorio.
 - Síndrome de HELLP: presencia de trombocitopenia ($<100 \times 10^9/L$), dolor abdominal, náuseas, vómitos.
 - Trombosis venosa profunda: pulso dorsal del pie, cambios de coloración y temperatura, hinchazón y dolor en extremidades inferiores.
 - Control del dolor: analgesia oral.
 - Actividad y movilidad: sedestar e ir introduciendo las actividades básicas de la vida diaria.
 - Alimentación: dieta semilíquida.
 - Lactancia: instruir (Li et al., 2024).

- 24-72h post-IQ:
 - Monitorización y tratamiento: TA 4-6 veces al día, administración de medicación prescrita, balance hídrico.
 - Vigilancia de complicaciones.
 - Actividad y movilidad: promover una posición libre y autonomía.
 - Alimentación: dieta baja en sal y grasas.
 - Lactancia: continuar educación sanitaria (Li et al., 2024).

Además, el estudio describe la importancia de una guía al alta que enseñe a las pacientes a realizar correctamente la toma de TA, además de apoyar la lactancia materna, brindando orientación de salud a domicilio y la correcta adherencia al tratamiento prescrito, e incluyendo las visitas de seguimiento; siempre desde una perspectiva individualizada y personalizada (Li et al., 2024).

IMPACTO EN LA VIDA DE LAS MUJERES

La preeclampsia está asociada a un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, ya que tienen 8.11 veces mayor riesgo de requerir una cesárea y 3.39 veces mayor probabilidad de tener un parto prematuro en comparación con las mujeres que no sufren un EHE (Das et al., 2023).

A largo plazo, se asocia a un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y neurológicas. Las mujeres con antecedentes de preeclampsia tienen 2.05 veces mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, 3.45 veces mayor de padecer uno hemorrágico y 1.98 de padecer uno isquémico en los 17 años posteriores al parto (McDermott et al., 2018; Sandsæter et al., 2019).

Además, una revisión sistemática indicó que el 51.4% de las mujeres que sufren eclampsia y el 19.8% de las que sufren preeclampsia grave presentaron síndrome de encefalopatía posterior reversible (McDermott et al., 2018; Sandsæter et al., 2019).

En adición, muchas de las mujeres que han padecido preeclampsia, sufren de ansiedad y depresión, y presentan preocupaciones acerca de las posibles consecuencias de la patología en sus hijos (Yan & Zhou, 2025).

La bibliografía revisada recalca que uno de los factores fundamentales para lograr mejorar la salud y estado a largo plazo de las mujeres que han sufrido preeclampsia, es el seguimiento postparto, garantizando la continuidad de la atención y proporcionando la información necesaria acerca de los cambios de estilo de vida necesarios, así como de los riesgos y las intervenciones preventivas necesarias; desde un enfoque holístico que incorpore el apoyo social y psicológico (Arntzen et al., 2023; Yan & Zhou, 2025).

IMPACTO EN LA VIDA DE LOS NIÑOS

La exposición fetal a la preeclampsia se asocia con diferentes alteraciones que pueden manifestarse tanto en la infancia como en etapas posteriores. Además, es una de las principales causas del parto prematuro, representando aproximadamente un 15% (Yan & Zhou, 2025). Cabe tener en cuenta que se asocia también con insuficiente crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer e incluso la posibilidad de fallecimiento perinatal (Chikwala et al., 2024).

Entre los principales mecanismos fisiopatológicos implicados en la preeclampsia se encuentran la insuficiencia placentaria, la hipoxia intrauterina, el estrés oxidativo y el desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos. Todo esto puede interferir en la maduración del sistema vascular fetal, incluyendo la cerebral (Kong et al., 2022; Yang et al., 2022).

Además, la activación inflamatoria materna, como en casos de alergias, enfermedades autoinmunes e infecciones, también influye, dado que citocinas y proteínas inflamatorias pueden atravesar la barrera placentaria hacia el feto, interfiriendo en la maduración neuronal y la aparición de trastornos neuropsiquiátricos (Kong et al., 2022).

En paralelo, se ha descrito que los hijos de mujeres con preeclampsia, y en concreto en su forma severa, sufren un mayor riesgo de padecer eventos cerebrovasculares (hasta un 34% más) e isquémicos (un 33% más) en etapas tempranas de la vida. Este riesgo viene explicado por la alteración de sistemas fundamentales como el renina-angiotensina-aldosterona y el sistema inmunológico, pudiéndose generar disfunción tanto endotelial como cardíaca, además de modificar la estructura vascular (Yang et al., 2022).

Por otro lado, la exposición conjunta a la preeclampsia y a otras complicaciones perinatales aumenta el riesgo (un 19.4%) de padecer alteraciones del neurodesarrollo, como pueden ser TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad), trastornos de la conducta y problemas emocionales y de aprendizaje. Sin embargo, no se ha establecido una asociación directa entre la preeclampsia aislada y estos trastornos, lo que sugiere influencia de factores genéticos o ambientales (Arntzen et al., 2023).

LIMITACIONES DEL TRABAJO

Actualmente, queda patente una falta de evidencia científica específica necesaria para establecer unos protocolos claros y planes de cuidados estandarizados para el manejo enfermero de la preeclampsia. Si bien la mayoría de fuentes consultadas coinciden en la importancia de una correcta detección de signos de riesgo y control de la tensión arterial, no existe una guía detallada y consensuada para este trastorno y su atención. Esta situación ha dificultado la definición precisa de intervenciones de enfermería basadas en evidencia.

Por otro lado, se ha observado una limitación en el acceso y disponibilidad a bibliografía específica centrada en el papel enfermero en esta patología, lo que ha limitado las posibilidades de análisis comparativo entre diferentes estrategias de atención. Esto ha obstaculizado extraer conclusiones firmes respecto a la efectividad de determinadas intervenciones.

Además, parte de los estudios consultados presentan un enfoque de tipo cualitativo. Si bien estos trabajos aportan una visión valiosa desde la experiencia de las pacientes, la falta de datos cuantificables dificulta el contraste numérico entre resultados y complica la formulación de indicadores claros sobre los beneficios de la intervención enfermera. En este sentido, se considera necesaria una mayor producción científica con enfoque cuantitativo, que permita evaluar de forma más precisa el impacto de las actuaciones en la salud materna y neonatal.

CONCLUSIÓN

La preeclampsia es una patología que afecta gravemente la vida de las personas que la sufren, tanto a corto como a largo plazo. Por ello, requieren de una atención integral que contemple todas sus necesidades.

Enfermería juega un papel muy importante en cada fase del proceso de atención, desde la identificación de los factores de riesgo y la detección temprana hasta la atención durante el embarazo, el parto y el postparto; siempre teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente, y ofreciendo unas curas que deben ser individualizadas y basadas en la más reciente evidencia científica. Así, serán efectivas para prevenir complicaciones de la patología, y favorecer una recuperación óptima.

La primera línea de actuación es la prevención, que como se ha analizado, se puede realizar mediante la educación para la salud y mediante profilaxis farmacológica como es la aspirina, aunque no se aconseja en todos los casos. En cuanto a la educación sanitaria, se debe incidir en distintos aspectos, como mantener informados a los pacientes sobre la enfermedad y sus riesgos, haciendo así que sean conscientes de sus complicaciones. Para ello, se explican los signos que pueden indicar la aparición del trastorno y se enfatiza en la importancia de la continuidad de su seguimiento.

La detección desempeña un rol fundamental en el progreso de la enfermedad. Identificar la enfermedad de forma precoz es clave para mitigar futuras complicaciones.

Ya que se trata de una patología que puede afectar a la vida y salud tanto de las mujeres que la han padecido como a la de sus hijos, una atención óptima y adecuada desde la más reciente evidencia científica puede determinar la calidad de vida que vayan a tener en un futuro.

Así pues, es necesaria la creación de planes de curas y protocolos adecuados para este trastorno, con el fin de proporcionar la más óptima atención posible, adaptada a las necesidades y situación de cada paciente de forma individualizada, sin abandonar nunca el acompañamiento, teniendo en cuenta todas las áreas y esferas de la persona, es decir, desde un enfoque biopsicosocial.

Es intrínseco a esto, que se invierta en investigación y que las instituciones cuenten con recursos para formar a los profesionales en este tipo de patología y en su cuidado, ya que sin que esto suceda, no será posible lograr una atención y cuidados que permitan a las gestantes que sufren preeclampsia y a sus hijos, correr los menores riesgos posibles y lograr una recuperación que suponga el mínimo impacto posible en su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Arntzen, E., Jøsendal, R., Sandsæter, H. L., & Horn, J. (2023). Postpartum follow-up of women with preeclampsia: Facilitators and barriers — A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23 (1), 833. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06146-8>
- Briones Garduño, J. Carlos. (2009). Preeclampsia (J. Aldrete Velasco, Ed.). Editorial Alfil.
- Calero Mercado, N., Lucena Porras, B., & Agudo Caballero, J. A. (2021). Abordaje enfermero en la preeclampsia. *Hygia de enfermería: Revista científica del colegio*, 38, 39-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745947>
- Chikwala, V. Z., Massae, A. F., Mushy, S. E., & Tarimo, E. A. M. (2024). Perspectives of providing magnesium sulfate to patients with preeclampsia and eclampsia: A qualitative study amongst nurse-midwives in Dar es Salaam, Tanzania. *PLoS One*, 19 (8), e0308382. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308382>
- Das, S., Maharjan, R., Bajracharya, R., Shrestha, R., Karki, S., Das, R., Odland, J. Ø., & Odland, M. L. (2023). Pregnancy outcomes in women with gestational hypertension and preeclampsia at Paropakar Maternity and Women's Hospital, Nepal: A retrospective study. *PLoS One*, 18 (6), e0286287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286287>
- Dimitriadis, E., Rolnik, D. L., Zhou, W., Estrada-Gutierrez, G., Koga, K., Francisco, R. P. V., Whitehead, C., Hyett, J., da Silva Costa, F., Nicolaides, K., & Menkhorst, E. (2023). Pre-eclampsia. *Nature reviews. Disease primers*, 9 (1). <https://doi.org/10.1038/S41572-023-00417-6>
- Ferreira, M. B. G., Silveira, C. F., da Silva, S. R., de Souza, D. J., & Ruiz, M. T. (2016). Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: Integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (2), 324-334. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>
- Grum, T., Seifu, A., Abay, M., Angesom, T., & Tsegay, L. (2017). Determinants of pre-eclampsia/eclampsia among women attending delivery services in selected public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia: A case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1), 307. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1507-1>
- Hospital Universitario La Moraleja. (s.f.). *hCG: la hormona en el embarazo*. <https://www.hospitallamoraleja.es/es/especialidades-adultos-maternidad/embarazo/niveles-hcg-embarazo.php>

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Trofoblasto*. National Cancer Institute. Recuperado el 11 de diciembre de 2024, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/trofoblasto#:~:text=Capa%20delgada%20de%20células%20que,forma%20parte%20de%20la%20placenta>.

Jung, E., Romero, R., Yeo, L., Gomez-Lopez, N., Chaemsaitong, P., Jaovisidha, A., Gotsch, F., & Erez, O. (2022). The etiology of preeclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 226 (2S), S844-S866. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2021.11.1356>

Kong, L., Chen, X., Liang, Y., Forsell, Y., Gissler, M., & Lavebratt, C. (2022). Association of preeclampsia and perinatal complications with offspring neurodevelopmental and psychiatric disorders. *JAMA Network Open*, 5 (1), e2145719. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.45719>

Li, F. (2018). Effects of high-quality nursing on puerpera with pregnancy hypertension. *Biomedical Research (India)*, 29 (4), 811-814. <https://doi.org/10.4066/biomedicalresearch.29-17-3353>

Li, J., Zhao, W.-Y., Zhuang, Y., Gu, N., Wang, M.-Q., Zheng, Y.-N., & Wang, J.-X. (2024). Efficacy of an enhanced recovery nursing plan as a rooming-in practice for women with preeclampsia post-cesarean section. *Journal of Clinical Hypertension*, 26 (2), 197-206. <https://doi.org/10.1111/jch.14771>

McDermott, M., Miller, E. C., Rundek, T., Hurn, P. D., & Bushnell, C. D. (2018). Preeclampsia: Association with posterior reversible encephalopathy syndrome and stroke. *Stroke*, 49 (3), 524-530. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018416>

Miller, E. C., Wilczek, A., Bello, N. A., Tom, S., Wapner, R., & Suh, Y. (2022). Pregnancy, preeclampsia and maternal aging: From epidemiology to functional genomics. *Ageing research reviews*, 73. <https://doi.org/10.1016/J.ARR.2021.101535>

Peña, B. T. (2023). Aparición de preeclampsia en mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional. Un proyecto de investigación. *Universidad Rovira i Virgili*, Tortosa.

Rafael-Heredia, A., & Iglesias-Osores, S. (2021). Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. *Universidad Médica Pinareña*, 17 (1), e531. <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/531>

Real Academia Española. (s.f.). *Preeclampsia*. En Diccionario de la lengua española. Recuperado de <https://rae.es>

Real Academia Nacional de Medicina. *Embarazo*. (s.f.). *Diccionario de la Real Academia Nacional de Medicina de España*. Recuperado de <https://dtme.ranm.es>

Roberts, J. M., King, T. L., Barton, J. R., Beck, S., Bernstein, I. M., Buck, T. E., Forgues-Lackie, M. A., Facco, F. L., Gernand, A. D., Graves, C. R., Jeyabalan, A., Hauspurg, A., Manuck, T. A., Myers, J. E., Powell, T. M., Sutton, E. F., Tinker, E., Tsigas, E., & Myatt, L. (2023). Care plan for individuals at risk for preeclampsia: Shared approach to education, strategies for prevention, surveillance, and follow-up. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 229 (3), 193-213. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.023>

Salazar, A. J., Salcedo, V. D. C., Vivanco-Hilario, S. D., & Morales-García, 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 (IJHS)*, 4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9914212>

Sandsæter, H. L., Horn, J., Rich-Edwards, J. W., & Haugdahl, H. S. (2019). Preeclampsia, gestational diabetes and later risk of cardiovascular disease: Women's experiences and motivation for lifestyle changes explored in focus group interviews. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (1), 448. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2591-1>

Silva, R. (2021). Complicaciones obstétricas y perinatales en mujeres infértiles que se embarazan. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 196–206. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.003>

Stellenberg, E. L., & Ngwekazi, N. L. (2016). Knowledge of midwives about hypertensive disorders during pregnancy in primary healthcare. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8 (1), e1-6. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.899>

Tadese, M., Damesa, W. A., Solomon, G. S., Wakie, G. E., Tessema, S. D., & Endale, A. (2024). Maternal outcomes of pre-eclampsia with severe features and its determinants at Abebech Gobena Mothers and Children's Health and Saint Peter's Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 14 (3), e081901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081901>

Voto, L. Susana. (2008). *Hipertensión en el embarazo* (E. Oscar Mestre, Ed.; 1st ed.). Corpus Editorial.

Yan, W., & Zhou, Y. (2025). The application effect of evidence-based targeted nursing in severe preeclamptic women and its impact on maternal psychological status, quality of life, and

maternal-infant outcomes. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 31 (1), 414-421.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38702148/>

Yang, F., Janszky, I., Gissler, M., Roos, N., Wikström, A.-K., Yu, Y., Chen, H., Edstedt Bonamy, A.-K., Li, J., & László, K. D. (2022). Association of maternal preeclampsia with offspring risks of ischemic heart disease and stroke in Nordic countries. *JAMA Network Open*, 5 (11), e2242064.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.42064>