








INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4234>

## Experiencias de gestantes con trastornos hipertensivos ingresadas a áreas críticas, y separación del binomio madre-hijo, en tres instituciones en Ecuador, durante la pandemia por Covid-19 (2020)

### Experiences of pregnant women with hypertensive disorders admitted to critical care units and mother-child separation in three institutions in Ecuador, during the Covid-19 pandemic (2020)

Norma Agustina Conforme Delgado<sup>1</sup> ; Martha Cecilia Daquilema Sánchez<sup>2</sup> ; Jorge Leodan Cabrera Olvera<sup>3</sup> ; Maricelys Jiménez Barrera<sup>3</sup> ; Jorge Luis Rodríguez Díaz<sup>3</sup> 

Recibido: 8 mayo, 2024 Aceptado: 18 septiembre, 2024

## RESUMEN

**Objetivos:** la hospitalización en áreas críticas ha vulnerado el bienestar del vínculo afectivo madre-hijo durante el parto y el puerperio, lo que hace necesario describir las vivencias de gestantes con trastornos hipertensivos ingresadas en la unidad de cuidados intensivos.

**Materiales y métodos:** investigación cualitativa de diseño fenomenológico, con muestra de diez participantes con antecedentes de trastornos hipertensivos en el embarazo, ingresadas a cuidados críticos. Mediante muestreo bola de nieve y saturación de la información, se obtuvo información a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada, previa aceptación del consentimiento informado. El análisis se hizo con codificación abierta a *posteriori*

con el método de Colaizzi; se complementó con el programa MAXQDEA 2022.

**Resultados:** se emplearon seis categorías: 1) consecuencias de los trastornos hipertensivos en la gestante en unidades de cuidados intensivos; 2) aspectos positivos durante la atención perinatal; 3) emociones y sufrimiento por la pérdida del recién nacido; 4) impacto de las condiciones críticas en la relación madre-recién nacido; 5) falta de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal, y 6) carencia de la comunicación asertiva por el personal sanitario.

**Conclusiones:** la morbimortalidad materna ocasionada por trastornos hipertensivos requiere cuidados de alta complejidad en instituciones especializadas para disminuir el riesgo vital, provocando una desvinculación del apego precoz y separación del binomio madre-hijo, así como sentimientos negativos en las madres; lo anterior conlleva una experiencia dolorosa para la familia; por ello, el personal sanitario debe desarrollar estrategias que permitan garantizar el vínculo afectivo en las áreas críticas.

**Palabras clave:** cuidados críticos; gestación; hipertensión gestacional; madre-hijo; recién nacido.

\* **Correspondencia:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo Av. Chone km 1, Santo Domingo (Ecuador). [jcabrerao@puces.edu.ec](mailto:jcabrerao@puces.edu.ec)

1. Hospital IESS, Santo Domingo (Ecuador).
2. Hospital Pediátrico Icazar Bustamante, Guayaquil (Ecuador).
3. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, Santo Domingo (Ecuador).

**Cómo citar este artículo:** Conforme Delgado NA, Daquilema Sánchez MC, Cabrera Olvera JL, Jiménez Barrera M, Rodríguez Díaz JL. Experiencias de gestantes con trastornos hipertensivos ingresadas a áreas críticas, y separación del binomio madre-hijo en tres instituciones en Ecuador, durante la pandemia por Covid-19 (2020). 2023. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2024;75:4234. <https://doi.org/10.18597/rcog.4234>

## ABSTRACT

**Objectives:** Hospitalization in critical care areas has compromised the well-being of the mother-child bond during childbirth and the postpartum period. Therefore, it is necessary to describe the experiences of pregnant women with hypertensive disorders admitted to the intensive care unit.

**Material and methods:** A qualitative research study with a phenomenological design, involving a sample of ten participants with a history of hypertensive disorders during pregnancy, admitted to critical care. Using snowball sampling and data saturation, information was gathered through semi-structured interviews following informed consent. Data were analyzed with open coding a posteriori using Colaizzi's method and complemented by MAXQDA 2022 software.

**Results:** Six categories emerged: 1) consequences of hypertensive disorders in pregnant women in intensive care units; 2) positive aspects during perinatal care; 3) emotions and suffering due to the loss of the newborn; 4) impact of critical conditions on the mother-newborn relationship; 5) lack of resources for timely therapeutic interventions in perinatal care, and 6) lack of assertive communication by healthcare personnel.

**Conclusions:** Maternal morbidity and mortality caused by hypertensive disorders require high-complexity care in specialized institutions to reduce life-threatening risks, leading to disrupted early bonding and separation of the mother-child dyad, as well as negative feelings in the mothers. This situation results in a painful experience for the family. Therefore, healthcare professionals must develop strategies to ensure the preservation of the emotional bond, which can be compromised in critical care areas.

**Keywords:** Critical care; gestation; gestational hypertension; mother-child; newborn.

## INTRODUCCIÓN

Las vivencias de las personas hospitalizadas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son variables,

debido a que las experiencias dependen de ciertos factores que parten desde el estado de salud del paciente hasta la atención brindada por el personal de salud. Estas experiencias son en su mayor parte negativas, pues la persona puede presentar limitación del movimiento, dificultad para hablar y conciliar el sueño, dolor, entre otros, debido a la presencia de elementos invasivos en su organismo (1).

Los trastornos hipertensivos gestacionales son una de las primeras causas de morbilidad materna, discapacidad crónica a largo plazo, mortalidad del feto y del recién nacido (2). Asimismo, representan el 14% de incidencia de muertes maternas a nivel mundial (3). En este sentido, la hospitalización posparto de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos en la UCI, sumada a la separación de su recién nacido puede afectar negativamente al estado de salud, tanto a nivel fisiológico como emocional (4). Por lo tanto, es necesario que el personal de salud considere y respete el vínculo madre-hijo como algo favorable para preservar y recuperar tanto la salud del recién nacido como la de la madre, favoreciendo una atención personalizada y humanizada (4).

La etapa del posparto es determinante para la mujer debido a la complejidad que conlleva el convertirse en madre, proceso en el cual se establecen vínculos afectivos. En esta etapa la mujer se encuentra en una fase marcada por el desconocimiento, la adaptación y la aceptación de una situación desafiante y desconocida, en donde el profesional de enfermería es el principal acompañante. Esto favorece el desarrollo de una conexión entre dos seres humanos que se encuentran compartiendo un momento de la vida; por lo tanto, los enfermeros en las unidades críticas deben trascender la evaluación objetiva, considerando la responsabilidad moral de salvaguardar la dignidad humana de la persona y minimizar cualquier factor que pueda socavar la confianza y la satisfacción en el ámbito de la prestación de cuidados (5).

En el posparto, las mujeres enfrentan desafíos a la hora de asumir sus roles maternos, esto se atribuye a las separaciones tempranas de sus bebés, a la carencia de apoyo por parte del personal de enfermería durante esta fase, al ingreso cada vez más frecuente de estas

a los servicios críticos debido al déficit de controles gestacionales, así como a una débil promoción y prevención de la salud (5).

Por lo anterior, el objetivo del estudio es describir las experiencias de las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos que ingresan en la UCI, así como su repercusión en la desvinculación madre-hijo y las estrategias utilizadas para disminuir el impacto que genera esta separación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, que permitió examinar los puntos de vista de las participantes sobre su estancia hospitalaria en áreas críticas; se utilizó un diseño fenomenológico de tipo descriptivo para la comprensión de las vivencias de estas gestantes con trastornos hipertensivos (6,7). Asimismo, este incorporó los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ) (8).

Las participantes del estudio fueron mujeres gestantes ingresadas a las unidades de cuidados intensivos de hospitales de segundo (Santo Domingo) y tercer nivel (Guayaquil, Quito) del Ecuador, con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo durante el periodo de emergencia sanitaria de COVID-19 y de aislamiento obligatorio de 2020. La muestra fue de 10 mujeres y se obtuvo mediante muestreo por bola de nieve y saturación de la información, lo que permitió encontrar participantes con experiencias marcadas por sufrir una comorbilidad en la gestación e ingresar a un área crítica (9).

Para ello, la selección se llevó a cabo a través de llamadas telefónicas para verificar su disponibilidad, una vez explicado el objetivo del estudio, la duración de la entrevista, el resguardo de la información y la privacidad de la persona a través del anonimato, tanto verbalmente como por escrito, obteniendo su consentimiento informado. Así mismo, se asignaron códigos para mantener la confidencialidad y privacidad, como criterios éticos del estudio (10). Por otro lado, las participantes recomendaron compañeras que estuvieron presentes durante su estancia hospitalaria bajo el mismo diagnóstico.

De la misma manera, se organizaron encuentros sincrónicos usando la plataforma digital ZOOM por

la distancia geográfica entre las regiones del país y las políticas aún vigentes de la emergencia sanitaria causada por la covid-19; se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de la información mediante las siguientes preguntas abiertas: a) ¿cuáles son las vivencias de las gestantes sobre su ingreso a la unidad de cuidados intensivos?; b) ¿qué emociones se presentan en la desvinculación madre e hijo?; c) ¿cuál es la percepción del trato recibido durante su estancia hospitalaria en el servicio?, y d) ¿qué estrategias abordadas por los profesionales sanitarios mejoran la estancia y reducen el impacto de la separación del binomio?

Estas entrevistas, con una duración promedio de 35 minutos, fueron grabadas; las anotaciones realizadas en diarios fueron transcritas en Word para su posterior análisis; estas fueron realizadas por tres magisteres en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos (2 mujeres y 1 varón), bajo la supervisión de dos doctores en Ciencias de la Enfermería (1 mujer y 1 varón). Su compromiso quedó patente en su enfoque meticuloso y su profunda sensibilidad hacia la atención a la mujer gestante a fin de humanizar el cuidado en los servicios críticos; esto permitió dar a conocer las transcripciones a las participantes para su autorización.

Para el análisis de la información se realizó una codificación abierta a posteriori teniendo en cuenta el método de Colaizzi (11), examinando sus nexos a través del empleo del lenguaje EMIC-ETIC, que permitió comprender las realidades vividas por las participantes mediante la segmentación de la información por medio de códigos colorimétricos, comparando similitudes y diferencias entre las narrativas, extrayendo fragmentos significativos y formulando unidades de significados, los cuales fueron comparados entre los mismos por los investigadores para evitar discrepancias, emergiendo categorías y subcategorías. Del mismo modo, se integró el uso del programa MAXQDEA versión estándar año 2022 para la complementación del análisis; esto permitió la clasificación y visualización del significado de las unidades revelando un sistema analítico de nodos para codificar e interpretar los mismos, teniendo en cuenta el pensamiento crítico y reflexivo del investigador y los testimonios de las participantes (12,13).

## RESULTADOS

Participaron 10 mujeres ingresadas a servicios de cuidados intensivos, con un intervalo de edad entre los 18 a 36 años. Se utilizó el intervalo de SCORE

MAMA entre 2 y 4, sistema de puntuación de alerta temprana de morbilidad materna, desarrollado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (14), que tiene como objetivo clasificar el riesgo obstétrico de las mujeres gestantes y puérperas (Tabla 1).

**Tabla 1.**  
**Perfil de las participantes entrevistadas con trastornos hipertensivos del embarazo y hospitalizadas en UCI de tres instituciones de Ecuador.**

Participante	Edad	Semanas de gestación	SCORE MAMA (puntuación de detección temprana de morbilidad materna)	Diagnóstico
P1	28	38	3	Preeclampsia
P2	19	36	3	Preeclampsia
P3	27	32	2	Eclampsia
P4	35	34	4	Preeclampsia
P5	36	36	4	Eclampsia
P6	18	39	3	Preeclampsia
P7	29	37	2	Eclampsia
P8	32	32	2	Síndrome HELLP
P9	22	34	3	Preeclampsia
P10	21	36	3	Eclampsia

**Fuente:** Autores.

Del mismo modo, se obtuvieron seis categorías mediante la agrupación de convergencias de los testimonios de las participantes (Tabla 2).

**Tabla 2.**  
**Codificación y categorización de las experiencias de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos y hospitalizadas en UCI.**

Subcategoría	Categoría
Impacto en la salud de la madre	Consecuencias de los trastornos hipertensivos en la gestante en UCI
Impacto de los trastornos hipertensivos en la gestante en UCI y su relación con el estado fetal	
Desconocimiento del estado de salud materno durante la hospitalización en UCI	
Calidad del cuidado recibido en las unidades críticas	Aspectos positivos durante la atención perinatal recibida en la UCI
Percepción positiva sobre la atención recibida durante parto y posparto	
Impacto negativo en la salud mental y emocional de mujeres gestantes con trastornos hipertensivos	Emociones y sufrimiento por la pérdida del recién nacido
Sufrimiento por la pérdida del recién nacido	
Desvinculación madre-hijo durante la hora sagrada	Impacto de las condiciones críticas en la relación madre-recién nacido
Percepciones sobre el apego precoz durante la estancia en las unidades críticas	
Carencia de recursos en la atención materno-neonatal	Falta de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal
Limitación terapéutica al recién nacido	
	Carencia de comunicación asertiva por el personal sanitario

**Fuente:** Autores.

Por otro lado, se plasman las siguientes respuestas expresadas por las participantes en la investigación, estimadas en unidades de significado:

### **Unidad 1. Consecuencias de los trastornos hipertensivos en la gestante en unidades de cuidados intensivos**

Esta unidad aborda las complicaciones que se presentan durante la gestación, etapa en la que los trastornos hipertensivos son los más recurrentes, lo que incrementa el riesgo de morbimortalidad de la madre y el recién nacido, y genera incertidumbre en la salud del binomio y en su evolución. Estos trastornos traen como consecuencia hospitalización prolongada, implemento de dispositivos invasivos, interrupción del embarazo y parto prematuro, lo que se evidencia en las siguientes narrativas:

Yo ingresé a la Unidad de Cuidados Intensivos por un cuadro de preeclampsia más eclampsia y se me adelantó el embarazo, de hecho, mi bebuto es prematuro por una subida de presión. (P1)

... porque comencé a convulsionar fue que me llevaron al quirófano, de ahí me sacaron y me llevaron a cuidados intensivos porque estaba muy mal. (P7)

Me sentía mal, tenía fuertes dolores de cabeza, parecía que me iba a estallar; me llevaron por emergencia ya que la presión la tenía elevada. (P8)

Me dijeron en cuidados intensivos que había convulsionado, que tuvieron que hacerme una cesárea de emergencia, pues tenía elevada la presión arterial. (P9)

Del mismo modo, existe incertidumbre sobre su bienestar y su evolución clínica, aunado a las limitaciones fisiológicas que impiden considerar la gravedad de la enfermedad. En las unidades críticas se vive un sin número de experiencias como dolor, incomodidad, interrupción de las actividades de la vida diaria y preocupaciones, lo que puede llegar a generar mucho estrés y dificultad para afrontar situaciones traumáticas que imposibilitan tener una maternidad satisfactoria:

Es que yo no me acuerdo de nada le cuento, estuve, así como muerta. (P5)

Cuando yo estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos yo casi no entendía lo que pasaba, solo me sentía mal, no pensé que mi embarazo me llevara a pasar por el momento de mi vida. (P7)

Yo desperté en una Unidad de Cuidados Intensivos, cuando tenía todavía el tubo en la boca no podía hablar con los médicos, ya entonces solo podía movilizarse un poco las manos. (P8)

### **Unidad 2. Aspectos positivos durante la atención perinatal recibida en unidades de cuidados intensivos**

Esta unidad enfoca el cuidado recibido en las unidades críticas durante la estancia hospitalaria en relación con la atención proporcionada por los profesionales de la salud, los cuidados percibidos que favorecen la recuperación del proceso salud-enfermedad durante el puerperio, la impresión favorable aun con las limitaciones evidentes de las medidas de bioseguridad de la pandemia por covid-19:

Me atendieron muy bien, no tengo ninguna queja, estoy satisfecha con todo el servicio brindado y me cambió la perspectiva de lo que uno creía como es el sistema de salud pública. (P1)

Me trataron bien gracias a Dios y a los médicos, me puse bien, fue muy buena la atención, gracias a Dios sí me trataron bien ellos, gracias a Dios todo bien, gracias a mi Dios y a ellos pude salir de eso. (P6)

Cuando me hicieron la cesárea me vinieron a mostrar una foto y me dijeron que mi bebe estaba vivo y yo me sentí muy bien, me atendieron muy bien, yo veía que ellos trataban de ayudarme, primeramente antes de que vaya a Cuidados Intensivos y me hagan la cesárea, las enfermeras, los doctores muy bien, la atención fue linda, me sentí muy bien con ellos, como actuaban las enfermeras y los doctores tratando de ayudarme, de alentarme de que siga, yo estaba alegre por las cosas que hicieron, se movieron rapidito buscando un lugar en donde tratarlo al bebé. (P7)

### **Unidad 3. Emociones y sufrimiento por la pérdida del recién nacido**

Esta unidad mostró aspectos negativos experimentados por la gestante, relacionados principalmente con la enfermedad presente en el embarazo, lo que afecta negativamente el bienestar mental producto de la ansiedad, el estrés y la depresión, lo que repercute en la evolución clínica de la persona durante su estancia en áreas críticas:

La experiencia que tuve en parte fue algo feo porque estuve tantos días en UCI sin poder ver a mi bebé, era algo desesperante pero bueno a la vez tenía que ser fuerte. (P4)

Fue fatal, me sentía mal porque mi bebé no estaba a mi lado. (P6)

No veía a mis familiares, no dejaban entrar a nadie, no tenía ni a mi papá, ni a mi esposo, a nadie, yo estuve asustada porque no tenía a mi bebé. (P9)

De la misma manera, la desvinculación del binomio madre-hijo intensifica sentimientos de incertidumbre, por el desconocimiento de la salud del neonato y la separación del apego precoz, como consecuencia de la carencia de recursos sanitarios y la incapacidad de los servicios para brindar cuidados de alta complejidad, lo que fragmenta la hora sagrada o de oro:

La experiencia que tuve en parte fue algo feo porque estuve tantos días en UCI sin poder ver a mi bebé, era algo desesperante, pero bueno, a la vez tenía que ser fuerte. (P4)

Dice mi esposo que como a las 2 de la mañana fue que me la sacaron y yo ahí yo no sabía nada de ella hasta el otro día me revisaba la barriga, estuve como 2 meses ingresada, estaba como triste porque me hacía falta la niña. (P5)

En primer momento de que yo estaba en sala de parto a mí no me dejaron ni siquiera ver, no me dejaron, no me lo dejaron ver, no me lo acercaron como normalmente se lo ponen en el pecho para que reciba el calor materno; lo hubiesen pasado a mi bebé al lado mío y no me separaban llevándoselo a Quito, a otra ciudad. (P7)

Además, estas complicaciones en la gestación conllevan incremento de riesgos y de índice de mortalidad materno-fetal, lo que provoca una vivencia estresante para la familia, que deja una sensación de vacío en los brazos de la madre y dolor ligado a la ausencia de su hijo:

Yo tenía 36 semanas de gestación y cuando llegué al hospital ya mi bebé estaba muerto, con la pérdida de mi hijo a la misma vez tristeza, pero tenía que seguir adelante porque tenía 3 hijos más que me esperaban. (P2)

Me desperté y ya estaba en el hospital, entonces desde allí este... ya no tenía a mi bebé y mi bebé había muerto. (P6)

#### Unidad 4. Impacto de las condiciones críticas en la relación madre-recién nacido

Esta unidad evidencia los sentimientos que genera la desvinculación madre-hijo debido a la fragmentación e interrupción del contacto y apego precoz durante el parto y posparto, pues se sabe que esta relación favorece la evolución clínica y emocional de este binomio (15); no obstante, complicaciones como los trastornos hipertensivos durante la gestación conllevan riesgos para la salud materno-fetal y del recién nacido, lo que impide el contacto de ambos provocando sufrimiento en la madre y, a corto plazo, problemas inmunológicos y nutricionales en el recién nacido (15):

Si es un poco triste porque uno tiene la ilusión de que apenas nace tenerlo en brazos, pero no se dio la oportunidad, fue triste, ese cuadro fue muy triste, estuve separada del bebé bastante tiempo hasta que me pasaron a ginecología, incluso me dieron el alta de ginecología, ahí tuve que ir a la sala de neonatos, del bebé estuve separada como 8 días. (P1)

De mi parte sí quería ver a mi bebé aunque sea un ratito, pero me decían que no lo podía ver porque yo estaba en un área muy restringida. (P5)

Cuando recién me sacaron el tubo días después, ya pude hablar y lo primero que pregunté sobre mi hijo que dónde estaba, y ahí recién supieron darme una razón de dónde se encontraba. (P8)

Me dijeron en Cuidados Intensivos Neonatales que estaba malito mi bebé, pero recién a los días que me sacaron el tubo. (P9)

Igualmente, este grupo prioritario de atención muestra la necesidad de transformaciones en la atención en salud en las áreas críticas, a partir de un cambio que permita el cumplimiento de las políticas sobre la satisfacción materna, el cuidado humanizado y el mantenimiento del apego precoz y el alojamiento conjunto:

Creo yo que mientras estén en Cuidados Intensivos, aunque es imposible, por lo menos tratar de llevar al neonato o no sé, así sea una vez llevarle a ver a la mamá. (P1)

Que le den qué sé yo, un espacio o un tiempo para que vea a su bebé, considero que mejoraría la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. (P3)

## Unidad 5. Falta de recursos para la terapéutica oportuna en la atención perinatal

Esta unidad evidencia la necesidad vigente de que los sistemas de salud del mundo lleven a cabo una gestión eficaz para brindar cuidados de calidad y eficientes, que permitan garantizar el bienestar materno, en los que se priorice la conservación del vínculo madre-hijo y las políticas sobre la hora de oro o sagrada. Así mismo, muestra la carencia de recursos tangibles y no tangibles, además de las limitaciones de los servicios para garantizar la supervivencia de las personas:

Yo siento que el hospital debió contar con una incubadora especial para niños que no nacen a término, entonces si hubiesen tenido ese tipo de incubadora hubiera sido diferente. (P7)

Vi que él se aferró a la vida, resistió el viaje de Santo Domingo a Quito, Ecuador. (P9)

Lo trasladaron a una incubadora, me dijeron que no estaba recibiendo la atención con los equipos que necesitaba, por lo que tenían que trasladarlo de emergencia a Quito. (P10)

## Unidad 6. Carencia de comunicación asertiva por el personal sanitario

La comunicación terapéutica se vuelven un pilar en el bienestar de la salud mental de las personas que se encuentran hospitalizadas, pues permite establecer una relación de confianza con el personal médico y favorece la evolución de dicha relación; no obstante, cuando esta no se da genera insatisfacción con los cuidados recibidos, lo que influye directamente en los indicadores de calidad, debido al sufrimiento por la ausencia del hijo:

Entonces quería que alguien me dijera algo sobre mi hijo, pero nunca me dijeron nada, los médicos pasaban, las enfermeras también pasaban, pero nadie me decía nada, nunca se comunicaron conmigo; que me comuniquen dónde está el niño, porque es lo primero que uno piensa como madre que ni bien se despierta, que me hablen de él para yo poder tranquilizarme. (P8)

Lo único que no me gustó es la parte que le había comentado en días anteriores de que no me daban noticias de mi bebé, pero no sabía nada, no me decían nada y no tenía noticias pues me decían que ellos no eran de esa área. (P10)

## DISCUSIÓN

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son una complicación común y contribuyen significativamente a la mortalidad materno-fetal (16). Por lo tanto, los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental para garantizar el diagnóstico oportuno, determinar las necesidades terapéuticas y decidir las derivaciones a centros especializados.

Las pacientes que desarrollan preeclampsia-eclampsia durante el embarazo constituyen un motivo importante de ingresos hospitalarios en los servicios de cuidados críticos (17). Esta situación tiene mayor incidencia en países en vía de desarrollo, repercutiendo no solo en la gestante y su recién nacido, sino también en los sistemas de salud al generar sobrecostos en la atención obstétrica-neonatal, lo que la convierte en una problemática sanitaria de carácter mundial (18).

En este sentido, el estudio evidenció que los trastornos hipertensivos del embarazo, que requieren manejo en las Unidades de Cuidados Intensivos, tienen un impacto emocional significativo para la madre, debido a la desvinculación que se puede presentar en el trinomio madre-padre-hijo. Cabe destacar que la restricción del crecimiento intrauterino, el sangrado, las infecciones y el aumento de la mortalidad neonatal son complicaciones de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo (19).

Por otro lado, la transición hospitalaria en áreas críticas puede crear un periodo de vulnerabilidad para las personas, que lleva a diferentes patrones de respuesta como angustia, ansiedad y depresión, debido a comportamientos observables o no observables; por consiguiente, conduce a sentimientos de abandono, inseguridad y sensación de descontrol por falta de información y carencia de comunicación asertiva, como lo manifestaron las participantes (20).

En consecuencia, el clima de seguridad de la persona se manifiesta a través de las actitudes y percepciones personales de los profesionales sanitarios, esto permite reconocer tanto las deficiencias como las fortalezas de las prácticas seguras, lo que contribuye a brindar atención de alta calidad; sin embargo, las participantes afirmaron que hubo carencia respecto a la percepción de seguridad debido a una falta de

interés por parte del personal sanitario sobre su dolor y sufrimiento (21).

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la importancia de mejorar la experiencia de las mujeres durante el embarazo y el parto por medio de una atención digna y respetuosa, así como del derecho a no sufrir violencia o discriminación, elementos que afectan la confianza de las mujeres en las instituciones y las desmotiva en relación con el cuidado de la salud (22).

No obstante, estos factores estresantes llevan a diferentes respuestas biopsicológicas, estableciendo situaciones agobiantes para los pacientes ingresados en las unidades críticas, por lo que se deben realizar intervenciones positivas que alivien estos factores y mejoren sus condiciones de vida, manteniendo una empatía con la dolencia del paciente y generando una oportuna y efectiva atención con cada uno de ellos (23).

González (24) señala el embarazo como un periodo de crecimiento y desarrollo que presenta importantes desafíos físicos y psicológicos para las gestantes y sus cónyuges, predominando en estos estados emocionales el estrés, la ansiedad o la depresión, considerando que el propio embarazo es un factor estresante importante para el desarrollo tanto de la madre como del niño, que puede tener efectos a largo plazo en el desarrollo neurológico del feto.

De la misma manera, muchos padres —a menudo inconscientes o no comprendiendo del todo el estado de salud de sus hijos— construyen escenarios mentales que desencadenan una variedad de emociones. El ingreso del niño a la unidad o la hospitalización es una experiencia discordante que evoca sentimientos de incertidumbre, impotencia y pesimismo, como evidencia el estudio (25).

Además, la salud emocional de las madres y parejas que experimentan una muerte perinatal se ve significativamente afectada, por lo que es primordial que los profesionales de la salud tengan la capacitación adecuada para su abordaje y participación en grupos de apoyo para mujeres en duelo y sus familias (26).

Igualmente, Soares et al. (27) señalan que la pérdida de un recién nacido puede ser dolorosa

durante mucho tiempo, y existe la posibilidad de que ocasione depresión u otros problemas psicológicos; por ello, el personal de la salud debe realizar un cuidado humanizado en un ambiente tecnológico sofisticado y altamente sensible, que requiere de habilidades y destrezas receptivas para una adecuada vinculación y comunicación en el manejo del duelo.

Asimismo, la mujer se vincula con su hijo/hija desde el comienzo del embarazo, especialmente a través de los movimientos fetales; cabe destacar que experimentar la muerte de un bebé provoca un dolor profundo e intenso, lo que genera angustia y sufrimiento, interpretándose en muchas ocasiones como una pérdida del equilibrio y un riesgo de condiciones patológicas, por lo que la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud a las usuarias con trastornos hipertensivos en el embarazo es importante ya que durante el proceso normal del duelo, esto puede tener un impacto negativo y crear episodios de estrés postraumático en las pacientes (28).

Por otro lado, se debe hacer énfasis en los cuidados perinatales por niveles para asegurar el nacimiento de cada recién nacido en una institución que garantice las necesidades de salud y la optimización de los cuidados. Ahora bien, debido a que los recién nacidos de muy bajo peso tienen mayor riesgo de muerte cuando nacen fuera de un hospital especializado, sin el equipo de soporte vital, dispositivos, medicamentos y personal entrenado para resolver situaciones de emergencia, es fundamental que estos bebés nazcan en unidades con estas características específicas, salvo en los casos en que no sea factible por la condición clínica de la madre o por limitaciones geográficas (29).

A su vez, la información dada a los padres por primera vez es primordial, ya que de esta depende cómo los padres viven esta experiencia; por lo tanto, el personal de salud que está encargado de brindar la información sobre la condición del recién nacido debe estar predisposto a utilizar un lenguaje claro, sencillo y empático, favoreciendo así la relación con el paciente y la comunicación asertiva (30).

Cabe señalar que, si bien estas experiencias demostraron la realidad de las madres sobre el apego

precoz de su hijo, con sentimientos de impotencia y dolor por su pérdida o la separación de este, el haberlo experimentado durante la pandemia de covid-19 lo intensificó, debido a las restricciones y disposiciones implementadas por los sistemas sanitarios, teniendo en cuenta los lineamientos nacionales e internacionales.

De igual manera, estas políticas fracturaron el vínculo entre los padres e hijos, dificultando el cumplimiento de la hora de oro o sagrada, realidad que se vivió en la emergencia sanitaria. Por ello, los profesionales sanitarios y las instituciones de salud deben establecer estrategias e intervenciones para garantizar lo más pronto posible el apego precoz, el bienestar del binomio y la inclusión de la familia para favorecer la recuperación de ambos (31).

En este sentido, la investigación presentó limitaciones al indagar sobre la implementación de estas soluciones, debido a que se realizó durante la pandemia, crisis que afectó a todos los sistemas e instituciones de salud a nivel mundial; por tal motivo, no hubo respuesta por parte de los profesionales de la salud frente a los desafíos de la complejidad de los servicios críticos, las restricciones de bioseguridad y las afecciones de este trastorno en la salud de la madre y el recién nacido para garantizar la conservación del vínculo afectivo entre estos.

## CONCLUSIONES

La experiencia de las pacientes al pasar por una unidad de cuidados intensivos es innegable, siendo las negativas en su mayoría relacionadas con el cuidado recibido durante el parto y el posparto, donde también afloraron sentimientos por su enfermedad, por el estado del niño o la pérdida del neonato en determinado caso, generando un impacto en el bienestar biopsicosocial en relación con la estancia hospitalaria en servicios críticos.

Las complicaciones en la gestación y en el recién nacido, así como el ingreso a servicios críticos son indicadores de calidad de un sistema sanitario. Son necesarios cuidados de alta complejidad como los ofrecidos en hospitales especializados de tercer nivel de atención, a fin de disminuir el riesgo vital al que estarían expuestos los pacientes. Se debe tomar conciencia sobre las acciones que deben ser implementadas

desde la atención primaria para prevención, control y seguimiento de las gestantes en su atención prenatal.

La carencia de comunicación asertiva por parte del personal sanitario juega un papel importante en las vivencias experimentadas en los servicios críticos, lo que genera insatisfacción en las gestantes, convirtiéndolas en un grupo prioritario de atención y cuidado para reducir el impacto que genera la pérdida del apego precoz y la separación del binomio madre-hijo.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

NACD y MCDS: concepción y diseño, adquisición de datos e información, análisis e interpretación de los datos, revisión de contenido intelectual importante, aprobación final de la versión para ser publicada.

JLCO: concepción y diseño, análisis e interpretación de los datos, revisión de contenido intelectual importante, aprobación final de la versión para ser publicada.

MJB: adquisición de datos e información, análisis e interpretación de los datos, aprobación final de la versión para ser publicada.

JLRD: análisis e interpretación de los datos; aprobación final de la versión para ser publicada.

## REFERENCIAS

1. Ruidiaz K, Fernández, S. Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2020;17(3). <https://doi.org/10.22463/17949831.1695>
2. Hornedo I, Vázquez, Y. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. 2019;1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9087200>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Día de Concientización sobre la Preeclampsia. 2019. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
4. Martins M, Boeckmann M, Melo M, Moura S, Morais D, Mazoni R, et al. Percepciones de madres lactantes ante la prematuridad en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Cogitare Enfermagem*. 2022;27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80125>

5. Escobar A, Bejarano M. Vivencias de mujeres con preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos en Colombia. *Enferm. Clin.* 2021;31(3). <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.003>
6. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gomez P, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington: OPS; 2013. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
7. Guevara P, Verdesoto E, Castro, E. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas y de investigación-acción). *Recimundo.* 2020;4(3):163-173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
9. Arias J, Villasis A, Miranda G. El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Rev Alerg Méx.* 2016;63(2). <https://doi.org/10.29262/ram.v63i2.181>
10. Dragan M, Isaac A. An original solution for completing research through Snowball Sampling-Handicapping Method. *Advan Applied Sociol.* 2022;12(11). <https://doi.org/10.4236/aasoci.2022.1211052>
11. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist's view it. En: Vale R, King M. Editors. *Existential-phenomenological alternatives for psychology.* New York: Oxford University Pres; 1978. <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
12. Corona J, Maldonado J. Investigación cualitativa: enfoque Emic-Etic. *Rev Cub Invest Bioméd.* 2018;37(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08643002018000400022&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08643002018000400022&script=sci_arttext&tlng=en)
13. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill; 2018. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal: Guía de Práctica Clínica. 2016. <https://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
15. Mendoza M, Moreno L, Becerra C, Díaz L. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2020;85(1):14-23. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000100014>
16. Múnera G, Ibarra A, Muñoz, E. Hipertensión arterial y embarazo. *Rev Colomb Cardiol.* 2021;28(1). <https://doi.org/10.24875/RCCAR.M21000002>
17. Contreras A, Moreno P, Márquez E, Vázquez V, Pichardo M, Ramírez L, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cir .* 2022;90(4). <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000003>
18. Buelvas M, Bula J, Cuadrado J. Resultados maternos y neonatales en mujeres con trastornos hipertensivos en embarazos lejos del término. *Rev Colomb Enferm.* 2021;20(1). <https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.3078>
19. Vargas M, Placencia V, Vargas S, Toapanta S, Villalobos E, Loo A. Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo. *Ginecol Obstet Méx.* 2021;89(7). <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n7/0300-9041-gom-89-07-509.pdf>
20. Cuzco C, Delgado P, Marin R, Núñez A, Romero M, Martínez A, et al. Teoría de las transiciones y empoderamiento: un marco para las intervenciones enfermeras durante la transición del paciente de la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Inten.* 2023;34(3). <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.10.003>
21. Batista J, Rambo A, Dos Santos A, Chileider D, Vasconcelos N, Terezinha C. Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en un hospital privado. *Rev Cub Enferm.* 2022;38(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192022000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300007)
22. Lafaurie M, Botero A, Chilatra I. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enferm Actual Costa Rica.* 2020;(38). [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682020000100180](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180)
23. Roa T, González V. Instrumento de identificación de factores estresantes percibidos por pacientes en unidad de cuidados intensivos. *Rev Cub Enferm.* 2020;36(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3271.pdf>
24. González M. Inteligencia emocional relacionado con embarazo y desarrollo fetal. *NPunto.* 2021;4(37). <https://www.npunto.es/revista/37/inteligencia-emocionalrelacionado-con-embarazo-y-desarrollo-fetal>

25. Rodríguez R, García G, Núñez E, Alpajón M, Matos O. Caracterización de pacientes ingresadas en cuidados intensivos por preeclampsia o eclampsia. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2021;46(4). <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/503/671>
26. Urrutia M, Morales A, Soto P, Valdebenito R, Villagrán M. Muerte al inicio de la vida. Experiencias de padres y madres en relación a la pérdida perinatal y la atención en salud. *Rev Matron.* 2020;8(3). <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/195/muerte-al-inicio-de-la-vida-experiencias-de-padres-y-madres-en-relacion-a-la-perdida-perinatal-y-la-atencion-en-salud/>
27. Soares M, Da Silva A, Queiroz A, Fernandes E, Leite J, Alves M. O papel do enfermeiro no alojamento conjunto acerca do conhecimento das puérperas. *Rev Pro-Univer.* 2023;14. <https://doi.org/10.21727/1pu.v14iEspecial.3480>
28. Troncoso M, Cantero F, Arenas J, Salas P, Prieto S, Huaiquián S. Vivencias de las madres frente a la incertidumbre que experimentan durante la hospitalización de su hijo en una unidad de cuidados intensivos neonatal. *Cuad Enferm.* 2021;1(1). <https://cuenfer.ucm.cl/article/view/860>
29. Pérez A, Boix H, Sánchez D, Cernada M, Espinosa G, González N, et al. Niveles asistenciales en las unidades neonatales en España: una visión actualizada para una nueva realidad. *Anales Pediatr.* 2023;98(4). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.02.009>
30. Torrecilla N, Wadheim J, Contreras D. Ansiedad, depresión e interacciones vinculares en madres de prematuros durante el período de internación en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y prealta de sus hijos. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN.* 2023;7(12). <https://doi.org/10.46296/yc.v7i12.0277>
31. Costa M, Lalaguna P, Díaz N. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev Esp Salud Pública.* 2019;93:e201902006.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron alguna fuente de financiación.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.