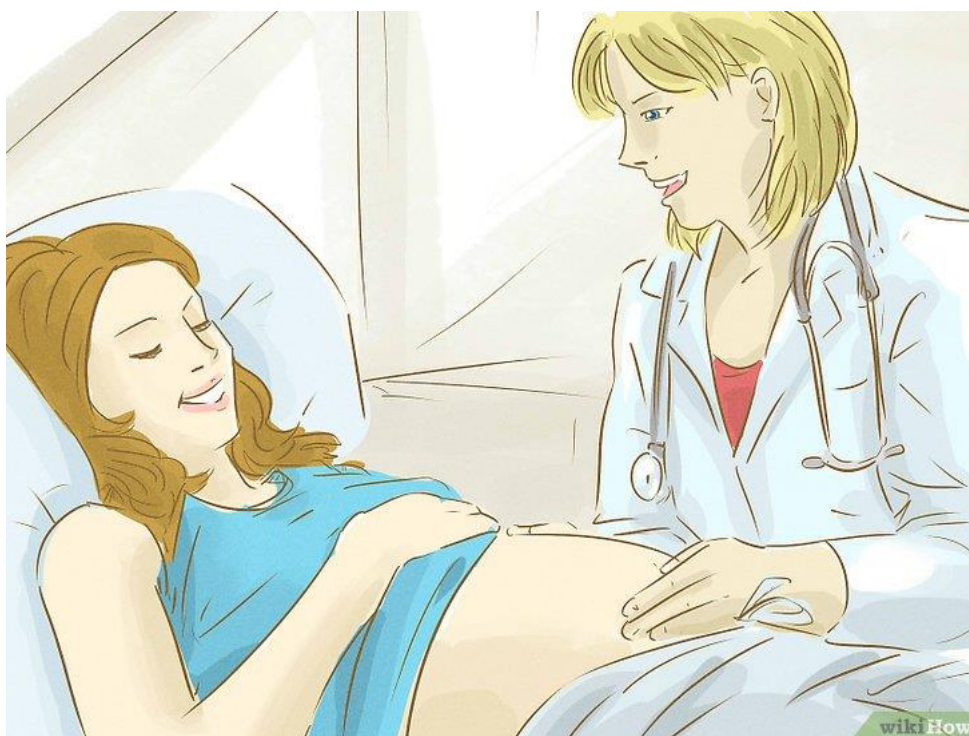


UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
POLICLÍNICO “ALCIDES PINO BERMUDEZ”



Hipertensión en el embarazo. Intervención educativa en el GBT 1 del policlínico “Alcides Pino Bermúdez.”



Autor: *Dra. Iliana Aguilera Rizo*

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Trabajo para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

HOLGUÍN, CUBA

2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
POLICLÍNICO “ALCIDES PINO BERMUDEZ”



**Hipertensión en el embarazo. Intervención
educativa en el GBT 1 del policlínico “Alcides Pino
Bermúdez.”**

Autor: *Dra. Iliana Aguilera Rizo*

Residente de Segundo año en Medicina General Integral

Tutor *Dr. Ricardo Machado Díaz*

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

**Trabajo para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.**

HOLGUÍN, CUBA

2018

Pensamiento

Es la medicina como el derecho, profesión de lucha; necesitase un arma bien templada para desempeñar con éxito ese sacerdocio....

José Martí

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A mis niñas

Que de una forma u otra han cooperado conmigo para poder llevar a cabo este trabajo.

A mi esposo

Por todo su aporte y todas las horas dedicadas en apoyo para lograr que cumplieran mis objetivos.

A todos los profesores del Policlínico de Alcides Pino, Holguín

Por apoyarnos en nuestros estudios, ser guías de nuestra superación profesional y por haber contribuido a la obtención de mayores conocimientos.

A mi tutor

Por su apoyo durante todo el trabajo.

A mi familia y compañeros de trabajo

Que me apoyaron e hicieron posible la materialización de este trabajo.

Dedicatoria

DEDICATORIA

A mis niñas

Que de una forma u otra han cooperado conmigo para poder llevar a cabo este trabajo.

A mi esposo

Por todo su aporte y todas las horas dedicadas en apoyo para lograr que cumplieran mis objetivos.

A mi mamá

Por todo el amor durante todos estos años.

Índice

INDICE

CAPITULOS	Página
RESUMEN.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEORICO.....	5
DISEÑO METODOLOGICO.....	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	

Resumen

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa en embarazadas del GBT 1 del Policlínico Alcides Pino Bermúdez de Holguín en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017, con el objetivo de evaluar la efectividad de la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la Hipertensión Gestacional. El universo conformado por 159 gestantes, se seleccionaron 50 con riesgo de padecer Enfermedad Hipertensiva Gestacional empleando técnicas de muestreo aleatorio simple y criterios de inclusión y exclusión de estudio. Se tuvieron en cuenta las variables edad, antecedentes patológicos personales, familiares y obstétricos, la valoración nutricional al inicio del embarazo. Se estructuró una encuesta diagnóstica de entrada y salida con 11 preguntas y se elaboró un programa educativo con 3 temas relacionados con la hipertensión gestacional y su prevención. Predomino el grupo de edad de 19-34 años, la obesidad, las multíparas como principales factores de riesgo predominantes. Más de la mitad presentaban bajo nivel de conocimiento al inicio del embarazo, se elevó una vez impartidas las clases Se recomendó incrementar el tiempo de aplicación del programa y extender este estudio a otras áreas de salud para disminuir o modificar los principales factores de riesgo de la hipertensión en el embarazo con el objetivo de lograr un embarazo saludable.

Palabras Claves: Hipertensión, Gestación, programa educativo

Introducción

INTRODUCCION

El embarazo constituye uno de los momentos más importantes en la vida de la mujer, la familia y la sociedad, sin embargo durante el desarrollo del mismo se pueden presentar múltiples complicaciones, siendo una de las más frecuentes el síndrome hipertensivo gestacional, patología que es ampliamente reconocida por ser una de las principales causas de muerte materno fetal. Es una enfermedad exclusiva de la condición humana que se presenta en todas las poblaciones del mundo, con una incidencia que varía entre el 7 y el 10%. Es causa de complicaciones altamente letales como la hemorragia postparto, el desprendimiento prematuro de placenta, las coagulopatías, la insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebra, el síndrome de Hellp y ruptura de hematoma hepático. En el producto, puede ser causa de prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino RCIUR y bajo peso al nacer. La tasa de mortalidad materna debida a eclampsia puede ser tan alta como el 10%.^{1,2}

Se sabe que los grupos en riesgo de sufrir este síndrome son preferiblemente a mujeres en edades extremas: menores de 18 y mayores de 35 años, las de raza negra y sin antecedentes cardiovasculares o renales, tiene la característica reversible en el posparto.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la segunda causa de complicación materna grave luego de las hemorragias post-parto requiriendo internación en unidades de cuidados intensivos poniendo en peligro sus vidas y desarrollando secuelas a largo plazo. Además aquellas mujeres que padecieron una PE asociada a parto pretérmino antes de las 34 semanas presentan un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular a edad temprana de su vida, probablemente por padecer una enfermedad vascular previa a su embarazo como hipertensión crónica, diabetes mellitus, síndrome metabólico, obesidad o sobrepeso, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso o síndrome anti fosfolípidos, entre otras patologías que generan alteración de la función endotelial.¹⁻³

La preeclampsia se evidencia como la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, para la que se requiere un manejo de alto nivel de complejidad dentro del sistema de prestadores de servicios de salud. ⁴

Su diagnóstico lleva implícita siempre, la presencia de una disfunción orgánica múltiple que conduce a vigilar los criterios de compromiso severo de cada uno de los órganos vitales, condición que ha sido considerada la base clínica para entender la alta morbilidad de dicha patología. ⁵

Cuando la gestante es diagnosticada con hipertensión gestacional, su embarazo pasa a ser de alto riesgo, ya que si la presión sanguínea es elevada, aumenta la resistencia en los vasos sanguíneos; lo que puede perjudicar el flujo sanguíneo en muchos de los órganos de la madre embarazada, entre los que se incluyen el hígado, los riñones, el cerebro, el útero y la placenta. ⁶

Las tasas de mortalidad materna por enfermedad gravídica continúan siendo altas a escala mundial, manteniéndose como la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera causa en los países en vías de desarrollo, lo cual representa cuatro defunciones por cada 100 mil nacimientos. ⁷

En Nicaragua, el síndrome hipertensivo gestacional es un problema prioritario de salud pública y disminuir su incidencia es un reto para los prestadores de servicios de salud. De acuerdo con las cifras publicadas en este país por organismos gubernamentales, la enfermedad hipertensiva, junto a las hemorragias y a las infecciones, constituyen las principales causas de morbilidad materna. ⁹

En el continente Asiático, particularmente en el sudeste, se reportan escasos estudios acerca de la EHG, se destacan los realizados en Taiwán en el 2006, donde se reporta una prevalencia de la enfermedad de un 12% en la población estudiada. ⁹

En E.U.A y Canadá es el 15% de las muertes relacionadas con el embarazo, en México es la complicación más frecuente del embarazo con una incidencia de 47.3 por cada 1000 nacidos vivos.

En América Latina y el Caribe los trastornos hipertensivos del embarazo son responsables del 26% de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuyen a un 9% de estas defunciones.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, “la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud.”^{10,11}

En Guatemala para el año 2013 la tasa de mortalidad materna era de 78,38 para 294 defunciones y, de estas 43 fueron causadas por enfermedad gravídica, aunque en los últimos años este indicador ha tenido una ligera disminución, destacándose el estudio y la investigación de dicha entidad, como parte priorizada por el Ministerio de Salud. En el año 2015 la tasa de mortalidad materna fue de 75,43, con un discreto descenso en relación a años anteriores, el 12,1% de estas muertes fueron por enfermedad gravídica, lo que evidencia la necesidad de la investigación continua, la identificación oportuna de todos los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de ésta entidad.¹²

En el Perú, los trastornos hipertensivos leves a severos han sido encontrados en gestantes que acuden a hospitales peruanos y se ha identificado que la hipertensión inducida por el embarazo se encuentra entre las tres causas más importantes de mortalidad materna. Se ha descrito que la mortalidad debida a preclamsia representa 15,8% de todas las muertes maternas en el país. La mortalidad materna específica debida a preclamsia ha sido descrita en el orden de 237/10 000 recién nacidos vivos.¹³

En Cuba la hipertensión arterial es la tercera causa de muerte materna según notificaciones de estadísticas nacionales y juega un papel significativo como causa de niños nacidos muertos y de morbilidad neonatal, entre las que se encuentran el bajo peso al nacer, la emisión de meconio durante el embarazo y/o parto y el apgar bajo al nacer. Durante el 2004 la mortalidad por esta causa en adolescentes varió entre 1 y 5 % y en mujeres mayores de 35 años, entre 9 y 12 %. Tres años después, en el 2007, las adolescentes continúan teniendo el mayor número de muertes, con 5,6 %²⁶.¹⁴

Según reportes estadísticos en el año 2015 la tasa de mortalidad por trastornos hipertensivos en el embarazo fue de 0.8.^{15,16}

Actualmente se considera una prioridad para el Programa de Atención Materno Infantil en Cuba, la prevención, diagnóstico precoz, control, seguimiento y tratamiento oportuno de la HTA en el embarazo por sus complicaciones para la madre, el feto y el neonato.²

En nuestra provincia se ha observado un incremento de su frecuencia hasta un 15 %, de igual manera se ha comportado en nuestro municipio, con un 12, 6 % el pasado año.⁵

La situación de la provincia y municipio Holguín se ha ido modificando progresiva y positivamente y de indicadores promedios de alrededor del 8% a fines de la décadas de los 80 y principios de los 90, se ha ido estabilizando en menos de 6%. Gracias a los esfuerzos de nuestro sistema de salud en la provincia no se reportaron muertes maternas por trastornos hipertensivos durante el embarazo.^{16,17}

Aunque las causas de la preeclampsia no se han identificado, sin embargo existen numerosas teorías que comprenden causas genéticas, alimentarias, vasculares, factores autoinmunes, pero ninguna de estas teorías han sido demostradas.

No existe una forma efectiva para evitar la enfermedad, es por ello que se requiere llevar un adecuado control prenatal para detectar aquellas madres con riesgo de padecer hipertensión gestacional.

Los síntomas más frecuentes se manifiestan por cefaleas, frecuentemente de localización frontal u occipital, acompañadas de excitabilidad, sensación vertiginosa, somnolencia, zumbido de oídos, etc, es fácil advertir un cuadro de hiperreflexia, aunque suele aparecer en estadios graves de esta enfermedad, y puede reflejar la pronta aparición de convulsiones.

Las acciones de salud dirigidas a modificar factores de riesgo tales como el embarazo en edad temprana o en edad tardía, obesidad, enfermedad materna

(riesgo preconcepcional) o la modificación de factores durante el embarazo por ejemplo el aumento de 1 kg semanal en el tercer trimestre, o edema de aparición brusca, puede contribuir a una disminución en la incidencia de la enfermedad.

En el país es una prioridad el estudio e investigación de esta temática por el Comité de Investigación de la República de Cuba. La incidencia en sentido general de esta enfermedad para algunos autores varían hasta un 13%, por lo que no está ajena a las alteraciones de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se ha registrado una tasa de mortalidad materna directa por trastornos hipertensivos de 5.6% y 1.4% en los años 1999 y 2000.

La prevención de la hipertensión arterial es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento, la prevención y el control de la presión arterial es un desafío para todos los países y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de promoción y educación, dirigidas a la disminución de la presión arterial impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. No obstante, sólo cuando se identifiquen los factores causales de la enfermedad hipertensiva gestacional en la comunidad, se podrá hacer un verdadero intento por prevenirlo.

Ha sido frecuente en el trabajo diario encontrarnos con gestantes que sufren de hipertensión gravídica y las cuales desconocen lo básico acerca de este padecimiento y por considerarse esta enfermedad uno de los principales factores causales del incremento de la morbimortalidad materna y perinatal nos decidimos a realizar este trabajo de intervención para incrementar el conocimiento de las gestantes acerca de la hipertensión gestacional.

Hipótesis: Con la realización de una intervención educativa en las gestantes del área de salud se contribuirá a incrementar el nivel de conocimiento de las mismas sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo.

Problema científico:

¿Cómo contribuir a incrementar los conocimientos de las gestantes sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo como recurso para el autocontrol y prevención de complicaciones

Objetivos

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en las embarazadas.

Objetivos específicos:

- ❖ Caracterizar a las gestantes según variables socios-demográficas.
- ❖ Determinar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la hipertensión en el embarazo.
- ❖ Diseñar y aplicar un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo, GBT 1, Policlínico Alcides Pino Bermúdez.

Marco

Técnico

MARCO TEORICO

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.

Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones más importantes de la gestación. Son de las más frecuentes causas de muerte de la mujer embarazada, tanto en países desarrollados, como en desarrollo; y son responsables de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria pero con riesgo de secuelas permanentes: alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales. No sólo existen repercusiones maternas si no también fetales ya que la aparición de preclamsia durante el embarazo comporta un aumento importante de la morbimortalidad perinatal, pues la alteración placentaria asociada puede producir retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal intraparto y riesgo de muerte fetal, que pueden obligar a finalizar la gestación antes del término, siendo uno de los primeros motivos de prematuridad electiva por riesgo materno o fetal. Otra de las posibles complicaciones que obligan a terminar la gestación de forma precipitada es el desprendimiento de placenta normalmente inserta.²⁵

Concepto:

La denominación de trastornos hipertensivos en la gestación reúne una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo, referida a la presión arterial sistólica a la diastólica o a ambas.³³ La presión arterial (PA) cae fisiológicamente en el segundo trimestre de gestación, alcanza valores de 15 mmHg más bajos que las cifras antes del embarazo por una disminución de la resistencia periférica total producto de la vasodilatación provocada por factores como:

- Desviación arteriovenosa de la circulación materna impuesta por la placenta.
- Mayor producción de prostaglandinas por las células endoteliales.
- Disminución de la respuesta presora a la angiotensina II.
- Elevación de los niveles de estrógenos y progesterona.

En el tercer trimestre, la PA retorna o excede a los valores pregestacionales. Estas fluctuaciones, más los picos nocturnos de hipertensión se pueden

presentar en mujeres previamente normotensas, en hipertensas previas y en aquellas que desarrollan hipertensión inducida por el embarazo.²

El término “**hipertensión**” se aplica cuando se compruebe:

1. Una TA $\geq 140/90$ o una tensión arterial media 105 mm Hg.

$$\text{PAM} = \frac{\text{Presión sistólica} + 2 \text{ Presión diastólica}}{3}$$

Debe considerarse que existe una hipertensión arterial cuando se encuentran estos valores con una técnica correcta en dos ocasiones con un intervalo de seis horas.

El incremento de la TA sistólica de 30 mm Hg o la diastólica de 15 mm Hg sobre los valores del primer y segundo trimestre del embarazo o un incremento en 20 mm Hg de la tensión arterial media, aun cuando los valores de TA no alcancen las cifras de 140/90, hace recomendable un seguimiento y control más estrictos de las pacientes.

El hallazgo de valores de TA en 160/110 mm Hg hace innecesaria la repetición de la determinación en un período de 6 horas.

Técnica de la toma de la TA:

1. Paciente sentado.
2. Reposo previo por 30 minutos en que no puede fumar, ingerir alimento, no debe estar en frío ni calor, no debe tener prendas ajustadas y establecer buena relación médico-paciente.
3. Tomar la TA en el brazo derecho a la altura del corazón.
4. Manómetro mercurio.
5. Manguito adecuado que cubra los dos tercios del brazo y ajuste bien.
6. Palpar la arteria en la flexura del codo y subir 30 mmHg a partir del momento en que se deje de percibir el latido.
7. Descender la columna de mercurio de 2 en 2 mmHg.
8. La TA sistólica corresponde con el primer ruido débil que se ausculta (1er. ruido Korocof).
9. La TA diastólica corresponde con el cambio de tono (4to. ruido Korocof).

Criterio de edema gestacional:

Es aquel que persiste después de 12 h de reposo en cama.

Criterio de proteinuria gestacional:

Cuando hay más o igual a 300 mg/l en orina en 24 h o en la evaluación semicuantitativa cuando es de xx en dos ocasiones con 6 h de diferencia tomada por catéter.

Guía de evaluación proteinuria semicuantitativa en el parcial de orina.

Negativo hasta 200 mg/l en orina /24h.

+ ----- 300 mg-1g/l/24h orina.

++ ----- 1g - 2g/l/24h orina.

+++ ----- 2g - 3g/l/24h orina.

++++ ----- más de 3g/l/24h orina.

Clasificación

I. Trastornos hipertensivos dependientes del embarazo.

a) Pre-eclampsia

b) Eclampsia

II. Hipertensión crónica (sea cual sea la causa).

III. Hipertensión crónica con pre-eclampsia o eclampsia añadida.

IV. Hipertensión transitoria o tardía.²⁴

Pre-eclampsia y eclampsia

Afección propia del embarazo humano, que ocurre alrededor o después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en los primeros días del puerperio, en una mujer aparentemente sana. Caracterizada, clínicamente, por hipertensión y proteinuria, con edemas o sin ellos, su espectro varía desde las formas ligeras hasta las graves. Algunos casos nunca llegan a estas últimas mientras que otros evolucionan súbita e impredeciblemente hacia las mismas, incluso en horas, llegando a las convulsiones y al coma. La pre-eclampsia y la eclampsia son etapas de una misma enfermedad. Se trata de una enfermedad multiorgánica (sistémica) producida por un daño endotelial, con incremento de las sustancias presoras circulantes, acompañada de vasoespasmo, isquemia, necrosis y trastornos de la coagulación. La hipertensión arterial es sólo un signo en la pre-eclampsia. En ausencia de proteinuria, considere la posibilidad diagnóstica de pre-eclampsia cuando a la hipertensión se asocian: síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho, presencia de náuseas

o vómitos, trombocitopenia o aminotransferasas elevadas. La diferencia estriba en la presencia de convulsiones o coma en la eclampsia además de otros síntomas o signos de la preeclampsia. La diferenciación en grados leve y grave, útil con fines didácticos, no debe crear una impresión falsa y peligrosa de seguridad. Muchos prefieren denominar sólo como pre-eclampsia al trastorno que aún no muestra signos de gravedad e, incluso, tratarlo como tal antes que afrontar las graves complicaciones materno-fetales que obviarlo puede significar. (Recuérdese que la hipertensión o la proteinuria pueden estar ausentes hasta en 10-15 % de casos con hemólisis, aminotransferasas elevadas o trombocitopenia, es decir, síndrome HELLP y en 38 % de las que desarrollan eclampsia).^{24,25}

Fisiopatología

A pesar de múltiples estudios realizados, la causa precisa del origen de la preeclampsia aún no está esclarecida. Existe, sin embargo, una serie de hechos que se encuentran presentes en la enfermedad entre los que se destacan como agentes patogénicos una falla en la migración del trofoblasto y un defecto en la placentación que origina diferentes alteraciones inmunogenéticas e isquemia útero-placentaria. Todo esto en el contexto de determinados factores genéticos, étnicos, nutricionales, sobrepeso, dislipidemia e incremento de la homocisteína, establece un cuadro de hipoperfusión placentaria con liberación de elementos tóxicos circulantes, aumento del estrés oxidativo y aparición de disfunción endotelial, lo que precipita un cuadro de vasospasmo generalizado, que a su vez genera lesión glomerular con proteinuria, hipertensión arterial, isquemia hepática (alteración de las transaminasas), trombocitopenia y hemólisis e isquemia del sistema nervioso central con convulsiones (eclampsia). En resumen, la preeclampsia obedece a una vasculopatía sistémica desencadenada por alteración placentaria, con daño del endotelio vascular e isquemia de múltiples órganos (sobre todo riñón, hígado y cerebro) con exceso de sustancias vasoconstrictoras (tromboxano A₂, angiotensina II y endotelina I) y déficit de vasodilatadores (óxido nítrico), intervención de citoquinas y déficit de antioxidantes.²⁶

Resumen de signos y síntomas que muestran gravedad en la preeclampsia

TA \geq 160/110 ó más (O un incremento \geq 60/30mmHg)

Proteinuria --- ≥ 2 g/24h.

Trastornos neurológicos (cefalea persistente, hiperreflexia con clonos, visión borrosa y escotomas).

Dolor en epigastrio.

Edema pulmonar.

Cianosis.

Oliguria.

Ácido úrico ≥ 7 mg/dl (339 mMol/L).

Creatinina ≥ 100 mMol/L.

Trombocitopenia $\leq 100\,000$ plaquetas.

Presencia de RCIU y/o oligohidramnios.

Profilaxis.

Más que evitar la enfermedad, lo cual parece difícil en el momento actual, a la atención del médico debe dirigirse a dos objetivos:

1. Descubrir el terreno de riesgo en que la afección puede desarrollarse.
2. Encontrar y tratar los signos iniciales y las formas ligeras para evitar el desarrollo de las formas más graves.

Riesgo de preeclampsia - eclampsia.

Relacionados con la pareja:

- Limitada exposición al semen,
- Primipaternidad,
- Embarazo luego de técnicas de fertilización asistida,
- Efecto protector del cambio de pareja en caso en pre-eclampsia previa,
- Pareja masculina de riesgo.

Factores maternos y propios de la gestación:

- Edades maternas extremas,
- Primipaternidad,
- Gestación múltiple,
- Preeclampsia en gestación previa,
- Hipertensión arterial crónica o enfermedad renal previas,
- Enfermedad reumática,
- Bajo peso materno al nacer,

- Obesidad e insulino-resistencia,
- Diabetes mellitus pregestacional,
- Infecciones maternas,
- Trombofilia pre-existente,
- Genes de susceptibilidad maternos,
- Historia familiar de pre-eclampsia (familiares de primer grado),
- Degeneración hidrópica de la placenta,
- Polihidramnios,
- Color negro de la piel,
- Mal nutrición materna por defecto,
- Colagenopatías
- Vasculopatías.
- Nefropatías.
- Ultrasonografía Doppler patológica después de las 16 semanas (incremento del índice de resistencia).

Otros autores añaden a los anteriores:

1. Nuliparidad
2. Aumento exagerado del peso entre las 20 - 28 semanas (más de 0,75 Kg por semana)

Los cuidados perinatales deben ser especiales en las pacientes de riesgo:

- a) Las consultas prenatales deben iniciarse precozmente y deben ser seguidas con regularidad y al ritmo establecido en la metodología de atención prenatal y su seguimiento en consulta depende de la evolución de la paciente y la aparición de la enfermedad.
- b) La dieta será de un contenido calórico adecuado al peso y a la talla de la paciente y al régimen de trabajo-reposo que siga. Debe ser hiperprotéica normograsa y complementada calóricamente con glúcidos, con un contenido adecuado en vitaminas y minerales que incluya frutas, legumbres frescas y un litro de leche diario.
- c) El sodio de la dieta puede ingerirse de acuerdo con el gusto normal o habitual de la gestante.
- d) Vigilancia de peso. Las restricciones en la dieta no han demostrado

capacidad para disminuir la preeclampsia y puede ser peligroso para el producto.^{33, 34, 35}

Preeclampsia leve:

Diagnóstico: Para hacer el diagnóstico de este estadio debe estar presente la hipertensión arterial y proteinuria, puede existir o no edemas. Es el médico quien debe descubrir la enfermedad. En general lo primero en llamar la atención de la paciente es el edema de los miembros inferiores, el aumento de volumen de los dedos de las manos, y a veces de los párpados. El aumento brusco o exagerado de peso puede ser el signo más precoz. La proteinuria es un signo tardío.

Tratamiento higiénico dietético, cuidados clínicos y exámenes de laboratorio.

Ingreso de la paciente (para su evaluación y educación sobre la enfermedad):

Habitación cómoda y tranquila.

Reposo en cama en decúbito lateral preferentemente izquierdo.

Dieta según lo recomendado con un litro de leche fresca diario.

Tomar tensión arterial (cada 6 horas).

Peso diariamente y diuresis de 24 horas.

Exámenes complementarios para la preeclampsia:

Hemograma.

Creatinina y aclaramiento de creatinina (semanal).

Ácido úrico (semanal).

Proteinuria de 24 horas (semanal).

Coagulograma completo (semanal).

Enzimas hepáticas (semanal).

Estudios especiales

Biometría (quincenal).

Monitoreo fetal (semanal).

Perfil biofísico fetal (semanal).

Doppler umbilical fetal (semanal).

La frecuencia de realización de estos complementarios dependerá del estado materno-fetal. Se realizara la valoración integral y multidisciplinaria de la severidad de la afección por el estudio de las funciones neurológica, renal, hepática, cardíaca y mediante fundoscopia y electrocardiograma, entre otras.

Tratamiento medicamentoso.

Antihipertensivos:

Se administraran cuando la presión arterial sistólica (PAS) alcance 150 mmHg o la presión arterial diastólica (PAD) sea ≥ 100 mmHg.

Medicamentos que se pueden utilizar:

Alfa metildopa: 750 mg a 2g/día.

Nifedipina: 30-120 mg/día.

Hidralazina: 25 mg 2 a 4 veces al día.

β bloqueadores: Atenolol (o Labetalol) 50-150 mg/día.

Sedación: Se puede utilizar en caso de pacientes ansiosas o con insomnio.

No es un tratamiento para la hipertensión arterial.

Criterios de ingreso hospitalario

Causa materna:

Imposibilidad de controlar la presión arterial diastólica ≤ 100 mmHg.

Riesgo elevado, sospecha o evidencia de preeclampsia.

Proteinuria > 300 mg/24h

Deterioro en las pruebas de función renal O en la ecocardiografía.

Causa fetal:

Sospecha clínica y/o ultrasonografica de RCIU.

Preeclampsia grave:

Diagnóstico: Esta entidad se caracteriza por hipertensión, proteinuria pudiendo estar presente o no el edema. Pueden estar presentes otros síntomas o signos que la definen, sin que se tenga que cumplir el criterio de TA=160/110mmHg.

Signos y síntomas

Trastornos neurológicos: cefalea, náuseas, somnolencia persistente, insomnio, amnesia, cambios en la frecuencia respiratoria, taquicardia, fiebre, hiperreflexia patelar con clono, zumbido de oídos, vértigos, sordera, alteraciones del olfato, del gusto o de la vista (hemianopsia, escotomas, amaurosis).

Síntomas y signos gastrointestinales: Náuseas, vómitos, dolor epigástrico en barra, hematemesis, ictericia.

Síntomas y signos renales: Oliguria, hematuria y excepcionalmente

hemoglobinuria.

El examen clínico generalmente muestra una paciente inquieta, irritable o somnolienta, embotada. Con frecuencia ha aumentado mucho de peso y casi siempre tiene edemas marcados, a veces fiebre, disnea.

El examen cardiovascular demuestra que no hay alteraciones cardíacas, pues el tiempo de evolución es corto para que se produzcan.

El examen oftalmológico es muy importante. Aproximadamente en el 60 % de los casos se encuentran espasmos, el 20 % hemorragias y exudados. En un 20 % hay edema de la retina. Estas lesiones pueden coincidir. El 20 % tiene fondo de ojo normal.

Tratamiento:

1. Reposo y dieta al igual que en la leve. Debe reducirse la alimentación a vía parenteral.
2. Atención médica y de enfermería rigurosas a:
 - TA y signos vitales cada una hora, hasta que se estabilice la TA, luego de 4 horas.
 - Balance hidromineral (evaluar cada 6 horas).
 - Diuresis horaria.
 - Fondo de ojo diario o en días alternos.
 - EKG al ingreso.
 - Rx tórax.
 - PVC si es necesario.
3. Exámenes complementarios: Se mantienen los mismos de la leve pero se repiten cada 24 horas.
4. Tratamiento medicamentoso:

Antihipertensivos (mientras se decide interrumpir la gestación), si TAD es mayor o igual a 110 mmHg.

- Hidralazina EV: 5mg en 10ml de SSF en bolo, repetir cada 30 minutos. Si la TA continúa alta puede emplearse hasta 20mg. Puede usarse venoclisis de 75mg en 500ml SSF hasta obtener repuesta. Nunca se trata de disminuir la TA más del 20% de su valor inicial, ni aun haciéndolo lentamente.

- Nifedipina: 10-20mg triturados, vía sublingual u oral, repetir cada 30-60 minutos, hasta 3 veces.
- Diuréticos: solo si edema pulmonar agudo o compromiso cardiovascular. Furosemida: 20-40 mg EV.
- Sulfato de magnesio: debe emplearse en las formas más severas ante la inminencia de convulsiones o durante el trabajo de parto. No asociarlo a nifedipina porque potencializa su acción. Prevenir al anestesta sobre su uso por si necesita asociarlo con la succinilcolina.

5. Tratamiento obstétrico:

- Evaluación del útero: el momento se determina de acuerdo a la gravedad materna y por síndrome de insuficiencia plaquetaria que indica peligro fetal.
 - Cuando hay retraso del crecimiento fetal o si se comprueba peligro para el feto, se evacua sin tener en cuenta el tiempo de gestación.
 - Inducción de la madurez feta es una opción cuando no hay inminencia de eclampsia.
 - Parto transpelviano se prefiere: depende de la madurez del cuello y la urgencia del caso. Los cuellos inmadurez necesitan cesárea.
- Luego del parto se observará en cuidados perinatales por 48-72 horas.

Síndrome de HELLP.

Es una forma clínica de la preeclampsia grave. Se caracteriza por:

- Hemólisis (H).
- Enzimas hepáticas elevadas (EL: enzymes live).
- Trombocitopenia (LP: low platelets).

Presentan una enfermedad hepática grave con aumento de las transaminasas (TGP, TGO) y de la bilirrubina (predominio de la indirecta), además de una trombocitopenia constante (frecuentemente < 100 000 plaquetas) que corresponde a una anemia hemolítica angiopática. El tratamiento es la interrupción del embarazo, generalmente o cesárea. Por el riesgo hemorrágico se debe transfundir plasma y plaquetas si están por debajo de 50 000. Si las condiciones obstétricas son favorables, puede realizarse transpelviano.

Eclampsia.

Se diagnostica por la presencia de convulsiones, coma o ambos, luego de las 20 semanas de gestación, en el parto o las primeras 48 horas del puerperio. En el 85% de los casos aparece HTA. En el 75 % aparecen edemas. La proteinuria no es muy frecuente.

Tratamiento:**A) Medidas generales:**

- Hospitalización con observación constante.
 - Reposo en decúbito lateral izquierdo y con los pies ligeramente elevados.
 - Protección de traumatismos: acolchonamiento, sujeción relativa. Depresión de la lengua preparada para evitar las mordeduras.
 - Catéter para determinar PVC.
 - Canalizar vena profunda.
 - Oxigenoterapia.
 - Entubación endotraqueal o traqueostomía si es necesario.
 - Sonda vesical permanente.
 - Suspender vía oral, hidratar por vía EV, llevar hoja de balance hidromineral.
 - Fondo de ojo cada 12 horas.
 - Auscultación de los aparatos respiratorio y cardiovascular (buscando ICC y focos bronconeumónicos).
 - Signos vitales cada una hora o menos.
 - Examen de los reflejos, vigilar cianosis o ictericia.
 - Exámenes complementarios: hematocrito, creatinina, ionograma, gasometría, glicemia, proteínas totales, Coagulograma, transaminasas y orina.
- La secuencia depende de la evolución del paciente.

B) Medicamentosos:**1. Anticonvulsivos: alguno de los siguientes:**

- Sulfato de magnesio: 6g (en solución el 10%) EV lento, durante 3-5 minutos y luego 1-2g cada hora.

Al usarse este medicamento debe vigilarse la frecuencia respiratoria, los reflejos patelares y la diuresis. Dosificar magnesio y calcio cada 4 horas.

- Si la FR es menor de 15 x', hay Hiporreflexia, diuresis < 30ml/h y la dosificación del magnesio es de 10mg o más; suspender la droga y administrar gluconato de calcio (ámp 2g) EV.
- Tiopental sódico EV (250-500 mg): vigilar efecto depresor sobre el feto. En su lugar puede usarse el diazepam 10mg EV, repetir la dosis según el cuadro clínico o continuar con 40mg en 500ml de Dextrosa 5%.
 - Si continúan las convulsiones, añadir succinilcolina (60-80mg), pero solo si hay un anestesiólogo presente y hay ventilación mecánica.
2. Antihipertensivos: ante el peligro de AVE o cuando la TA mínima está en 100 mmHg o más.
 - Hidralazina EV: 5mg a repetir hasta 20mg o venoclisis de 80mg en 500ml de SSF.
 3. Digitalización ante cualquier signo de ICC.
 4. Diuréticos:
 - Furosemda EV: 20-80mg si edema pulmonar o ICC.
 5. Antimicrobianos en dosis profiláctica.
- C) Tratamiento obstétrico:
- Vaciamiento uterino (es peligroso durante la crisis). Con oxigenación y tto por 4 horas debe lograrse compensación materna.
 - Puede desencadenarse el parto espontáneamente (al hacer TV) si no progresa rápidamente se hará cesárea.
 - Si no está en trabajo de parto se realiza cesárea.

Hipertensión arterial crónica

Diagnóstico: Será muy sospechosa la hipertensión en la múltipara o la que se observa en una gestante que ya tuvo hipertensión en embarazos anteriores, así como, la que presenta retinopatía arteriosclerótica. La evidencia del proceso se demuestra porque la hipertensión era conocida antes del embarazo o porque fue descubierta durante las primeras 20 semanas de gestación. La afección más frecuente de este grupo es la hipertensión esencial, que lo es más que todas las demás causas reunidas, entre las cuales figuran la coartación de la aorta, el hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma y las dependientes de las enfermedades renales como pielonefritis y la

glomerulonefritis. En general, tiene buen pronóstico, a menos que se le sume un cuadro de preeclampsia sobreañadida que aparece con una frecuencia 5 veces mayor en mujeres previamente hipertensas por lo que es previsible que esta complicación se presente entre un 10 y 15 % de las embarazadas con HTA esencial.

La atención clínica de la HTA crónica debe estar encaminada a:

- Descartar pre-concepcionalmente o en la primera visita de embarazada que la hipertensión sea secundaria a una causa tratable y que no sea potencialmente peligrosa para el binomio madre-feto.
- Controlar adecuadamente la TA durante los 3 trimestres del embarazo.
- Detectar precozmente signos y síntomas que justifiquen que se está sobreañadiendo una preeclampsia.^{25,26}

Preeclampsia sobreañadida a HTA crónica

En estos casos se presenta un cuadro de proteinuria que comienza después de las 20 semanas de gestación en mujeres con HTA crónica. Las probabilidades de desarrollar preeclampsia se multiplica de 2 a 7 veces, si antes del embarazo la madre era hipertensa y se considera en el momento actual, que la mayor parte de los peligros obstétricos de la HTA crónica están mediados por una preeclampsia sobreañadida. Estas mujeres muchas veces son multíparas que acuden a consulta con rápido aumento de las cifras de PA acompañado de proteinuria, cuadro que puede progresar a proteinuria intensa, anormalidades de la coagulación y disminución de función renal. El tratamiento es semejante al de la preeclampsia grave y se debe valorar la evacuación del útero lo antes posible.^{25,26}

HTA gestacional

Se trata de una HTA inducida por la gestación y se define como la detección de una PAS = 140 mmHg o PAD = 90 mmHg que aparece después de las 20 semanas de embarazo en una mujer previamente normotensa. Generalmente cursa sin proteinuria y para algunos autores representa una fase preproteinuria de la preeclampsia o la recurrencia de una hipertensión arterial crónica. Puede

evolucionar a la preeclampsia. En su forma severa puede ser causa importante de prematuridad y retardo del crecimiento.

Cuando se presenta una HTA aislada o transitoria en el último trimestre del embarazo, y particularmente en las primeras horas del posparto, sin elementos de preeclampsia con normalización de la PA antes de las 12 sem de posparto hablamos de HTA transitoria. En este caso, el diagnóstico es retrospectivo y lo mismo puede ocurrir en embarazos subsecuentes, por lo cual se le considera como predictiva de futura HTA crónica y de hecho se señala que la persistencia de la elevación de la PA pasadas las 12 sem del posparto, pudieran categorizarla como crónica.

Diseño

Metodológico

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa en embarazadas atendidas en el Policlínico Alcides Pino Bermúdez del municipio Holguín, correspondiente al GBT#1 desde enero de 2017 hasta diciembre 2017, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo.

Constituyeron el universo 159 embarazadas, se seleccionó una muestra de 50 gestantes según muestreo probabilístico al azar simple, no obstante se consideraron los criterios de inclusión para el estudio. Para la recolección de los datos se confeccionó un cuestionario creado por la autora (**anexo 3**), donde se tuvo en cuenta la literatura revisada y criterios de expertos, el cual se convirtió en el registro primario de la información. Esta intervención tuvo una duración de 3 meses.

El procesamiento de datos se realizó mediante el paquete estadístico de Microsoft Excel 2013 sobre Windows 10 a 64 bit, quedando así automatizado todo el proceso mediante fórmulas matemáticas, representando todos los valores y promedios correspondientes en cada tabla para una mejor comprensión .

Criterios de inclusión:

- Gestantes que pertenezcan al área de salud del GBT 1.
- Gestantes que deseen participar en el estudio (anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Gestantes que por deseo propio se negaron a participar.
- Gestantes que padezcan discapacidades.

Criterios de salida:

- Gestantes que se trasladaron del área.

Operacionalización de las variables

Para dar salida a los objetivos propuestos la intervención constó de tres etapas:

- ❖ Diagnóstica
- ❖ De Intervención
- ❖ De Evaluación

Etapas Diagnóstica: Se les explicó a las participantes las características del estudio con el objetivo de motivarlas con el tema y se aplicó un cuestionario (**anexo 3**) con un total de cinco preguntas, a través del cual se obtuvieron los datos generales de cada participante y se evaluó el nivel de conocimiento de las gestantes para lo cual se precisó de una clave de calificación.

Caracterización de las gestantes según variables socios-demográficas

Para caracterizar a las gestantes según variables socios-demográficas se tuvieron en cuenta las siguientes variables obtenidas de la ficha de vaciamiento (**anexo 2**), donde todas se representaron en número absoluto y por ciento.

Edad: Variable cuantitativa continua, que se desglosó de la siguiente forma:

- ≤ 18 años.
- 19 -34 años
- ≥ 35 años

Raza: Cualitativa nominal politómica, que se desglosó de la siguiente forma:

- Blanca
- Negra
- Mestiza

Estado Civil: variable cualitativa nominal dicotómica que se desglosó de la siguiente forma:

- Con pareja estable
- Sin pareja estable

Nivel de escolaridad: Variable Cualitativa ordinal que se desglosó de la siguiente forma:

- Primaria
- Secundaria
- Preuniversitaria

- Universitaria
- Técnico Medio

Nivel socio-económico: Variable cualitativa nominal politómica, se tuvo en cuenta la ocupación, salario, condiciones de la vivienda y nivel cultural de la participante:

- Bajo
- Medio
- Alto

Valoración Nutricional: Variable cualitativa nominal politómica, se tuvo en cuenta el peso y talla a la captación de cada gestante y se utilizó la fórmula de IMC ($\text{peso}/\text{talla}^2$), se desglosó de la siguiente forma:

- Peso deficiente: con $\text{IMC} \leq 18.8 \text{ Kg/m}^2$.
- Peso adecuado: con $\text{IMC} > 18.8 \text{ a } > 25.6 \text{ Kg/m}^2$.
- Sobrepeso: con $\text{IMC} \geq 25.6 \text{ a } < 28.6 \text{ Kg/m}^2$.
- Obesa: con $\text{IMC} \geq 28.6 \text{ Kg/m}^2$.

Conocimiento de las gestantes sobre la hipertensión en el embarazo.

Para determinar el conocimiento que tenían las gestantes sobre la hipertensión en el embarazo lo desglosamos en:

Nivel de conocimiento: Variable cualitativa nominal dicotómica, se desglosó de la siguiente forma:

Bueno: aquellas que de una u otra forma conocían sobre los trastornos hipertensivos en el embarazo, y contestaron hasta un 90 y 100 % correctamente, sobre las interrogantes planteadas.

Regular: Tenían algún conocimiento sobre los trastornos hipertensivos en el embarazo y contestaron hasta un 89% correctamente, sobre las interrogantes planteadas.

Malo: no tenían conocimiento alguno de lo que implica los trastornos hipertensivos en el embarazo y contestaron en un por ciento inferior al 70%, sobre las interrogantes planteadas.

Para comprobar el nivel de conocimiento realizamos unas series de preguntas y le dimos una puntuación según el porcentaje de preguntas respondidas correctamente.

- Buena de 90 – 100 puntos.
- Regular de 70 – 89 puntos.
- Mala < 70 puntos.

Etapas de intervención: correspondió a la elaboración de tres módulos de capacitación que incluyeron técnicas audio visuales y participativas (discusiones grupales y juegos didácticos) con una hora de duración con cada grupo y una frecuencia semanal, por un período de tres meses; los módulos se elaboraron a partir de los desconocimientos detectados en el sondeo inicial, la aplicación de la encuesta permitió determinar las deficiencias para lograr un mejor trabajo. Las embarazadas se dividieron en dos grupos de 25, para poder trabajar de forma directa.

El Programa de intervención educativa sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo.

Objetivos:

General:

Elevar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo.

Específicos:

- Definir la hipertensión arterial en el embarazo y describir sus principales factores de riesgo.
- Explicar las principales manifestaciones clínicas y complicaciones de la hipertensión arterial en el embarazo.
- Mencionar los complementarios, tratamiento adecuado y las principales medidas preventivas de la hipertensión arterial en el embarazo.

Sección No. 1

Tema "Introducción al Programa Educativo"

Objetivos:

1. Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.

2. Presentar el curso y sus objetivos.
3. Aplicar cuestionario inicial.
4. Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigos, vecinos u otras personas.

Actividades:

Introducción: se realizó la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: "Presentación Cruzada", por la cual se le indicó al grupo que intercambiara información de pareja durante 3 o 4min. Luego cada miembro de cada pareja presentó en plenario al otro integrante de la misma.

Actividad principal: se abordan los temas relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos.

Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1h.

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios: humanos.

Material mimeografiado.

Sección 2:

Tema: "Hipertensión arterial en el embarazo. Principales factores de riesgo"

Objetivos:

Definir la hipertensión arterial en el embarazo y describir sus principales factores de riesgo.

Actividades:

Introducción: se hizo un breve recuento del encuentro anterior y se recordaron las características y definiciones introducidas en la actividad precedente.

Actividad principal: esta sección se iniciará con la técnica participativa "El amigo Secreto", donde cada integrante después de haber seleccionado su pareja le tendrá que realizar una pregunta relacionada con el tema de la sesión anterior y así sucesivamente todos podrán preguntar y responder.

Mediante la lectura dirigida se inicia la sesión por parte de la autora de la investigación, sobre que es la hipertensión arterial en el embarazo y cuáles son sus principales factores de riesgo, luego a través de la técnica participativa "La Mecha y la Bomba", con esta técnica los participantes se ponen en círculo. Se pasan la pelota de izquierda a derecha y un bolo de derecha a izquierda que al coincidir en las manos de alguna participante "explotan", se le solicitó a las embarazadas que mencionaran los factores de riesgo, los cuales se escribieron por medio de un moderador en la pizarra.

Cierre: Se aplicó la técnica de "Lluvia de Ideas" se le pidió a las embarazadas que mencionaran los factores de riesgo, los escribieran en la pizarra y explicaran los que se podían o no evitar.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios: humanos.

Pizarra.	Bolo.
Tizas.	Pelota.

Sección No. 3

Tema	"Principales síntomas y complicaciones de la hipertensión arterial en el embarazo"
------	--

Objetivos:

Detallar los principales síntomas de la hipertensión arterial en el embarazo y las complicaciones para la madre y el feto.

Actividades:

Introducción: En este encuentro, se escogieron a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisieran narrar una superstición.

Actividad principal: para lograr la consolidación de conocimientos se aplicó la técnica "El Tesoro del Pirata"; sobre la mesa se haya un mapa y en los pupitres hay escondidas varias tarjetas enumeradas con los síntomas de la hipertensión; los dos subgrupos a la orden de la investigadora buscarán las tarjetas enumeradas, llegarán al mapa y leerán el contenido de la misma y analizaran tratando de reconocer los síntomas presentes en cada situación. Posteriormente se realizó una exposición detallada de las conclusiones a las que arribó cada

subgrupo. Los síntomas fueron escritos en una pizarra que permitió al final de la discusión establecer un debate que involucró a todas las participantes, lo que fue dirigido por el moderador quien enfatizó en los verdaderos.

Cierre: se aplicó una técnica "La Papa Caliente", se formó un círculo y se entregó a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tenía en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se pidió que lo circularan al ritmo de la música. Al detenerse el sonido quien tenía el preservativo debía explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrige en el grupo y se continúa entregando otro preservativo a las participantes, se extiende el juego hasta que se terminen las preguntas. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Medrosos de enseñanza: clase práctica.

Medios: humano.

Preservativos.

Grabadora.

Pizarra.

Tizas.

Material Mimeografiado.

Sección No. 4

Tema " Detallar los complementarios, tratamiento adecuado y las principales medidas preventivas de la hipertensión arterial en el embarazo"

Objetivos:

¿Cuáles son los complementarios, el tratamiento adecuado y las principales medidas preventivas de la hipertensión arterial en el embarazo?

Actividades:

Introducción: se aplicó la técnica de animación "Las Matemáticas", donde las participantes sentadas en un círculo, se precedió a la enumeración corrida de todas, se les explica que al mencionar un número la elegida debe decir el número precedente y el sucesor, a su vez esta última es la próxima participante, aquella que se equivoque o tarde más de 10 segundo en mencionar el número sale del juego. Se hace un breve resumen de la actividad anterior.

Actividad principal: para dar inicios a este encuentro se les mostró un video, que trataba algunos aspectos del tema, se aplica la técnica "Juego de Película", adaptada por la autora, que consiste en: se divide el grupo en dos equipos que se identifican por los colores rojo y azul. Un equipo selecciona una parte del video relacionado con el tema (previamente consultado con la autora). Seguido se escoge al azar a un miembro del otro equipo y se le comunica en secreto la parte seleccionada. Este tiene que ilustrarle a su equipo a través de la mímica rasgos de la parte seleccionada, útil para resaltar la importancia del lenguaje no verbal. Discusión y debate grupal: después de la escena representada se comenta que procedimiento hicieron mal y cual no, para reforzar el aprendizaje se pide a las participantes que se pongan de pie y repitan los aspectos del tema. Luego el moderador explica bien el tema.

Cierre: se aplicó la técnica "El Mundo", que consiste en colocar una participante en el centro de un círculo formado por las otras. Ella dice un hábitat (aire, tierra o agua) y señala alguna participante, que debe mencionar un animal que pertenezca al medio la que dirá la palabra "Mundo", a la vez que todas cambiaran de asiento, la que quede de pie o no conteste adecuadamente pasa al centro de la rueda.

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: conferencia audiovisual

Medios: humanos, pancarta de cartulina, Videos.

Sección No. 5

Tema "Conclusiones"

Objetivos:

1. Aplicación de la encuesta final.

Actividades:

Introducción: se empleó la técnica de animación de "Secreto Colectivo", el autor motiva a los participantes a preguntar y responder sobre un tema dado que consiste en que uno de los participantes comienza por decir en secreto una pregunta a la persona que tiene sentada a su derecha y así sucesivamente, hasta que el autor pide suspender el secreto y el último que oyó sin decir la

pregunta debe responder; los que faltaron por escucharla a partir de las respuestas deben adivinar la pregunta.

Actividad Fundamental: se aplicó nuevamente el cuestionario, donde se les dice que no que no pongan su nombre, sino el sobrenombre que las identificó inicialmente.

Cierre: se realizó la técnica de animación, "El Regalo y Utilidad", donde las participantes sentadas en forma de círculo, se comienza de derecha a izquierda dando un regalo a cada compañera sin que el que esté al lado sepa cuál es, después se mencionará de izquierda a derecha una utilidad cualquiera y al final cada una dice que se le regaló y para que lo utiliza. Luego cada una opina sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta intervención educativa.

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: taller.

Medios: humanos.

Material Mimeografiado

Etapas de Evaluación: En la tercera etapa se aplicó por segunda vez el mismo cuestionario, esto permitió valorar los concomimientos adquiridos mediante el programa de intervención.

Consideraciones éticas.

Esta investigación lleva implícito contribuir a mantener y preservar la salud integral, lo que deviene en una permanente tarea priorizada de nuestro sector.

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y la declaración de **Helsinki**, lo cual quedó plasmado en el consentimiento informado. Se brindó información a los participantes relacionados con los objetivos y los procedimientos para el estudio. La participación en el mismo fue totalmente voluntaria y con carácter anónimo.

Técnicas y procesamientos.

Para la obtención de los datos se revisaron las historias clínicas de las gestantes, así como los datos recogidos en la entrevista inicial (anexo 3). Dicha entrevista fue elaborada y aplicada por la autora, para lo cual se le informó

previamente a cada paciente sobre los objetivos del estudio y la necesidad de su colaboración. La información se procesó mediante métodos estadísticos descriptivos, se utilizó una calculadora de mesa y una computadora Pentium IV, los datos fueron recogidos a través de una base de datos confeccionada por la autora y procesada estadísticamente con técnicas correspondientes, que se resumió en tablas.

La estrategia de búsqueda bibliográfica, se sustentó en textos clásicos, revistas impresas y en formato digital, soportadas en INFOMED, internet sobre artículos de la temática.

Para el análisis y discusión de los resultados se utilizan métodos teóricos como: análisis, síntesis, inducción, deducción, método de análisis histórico lógico. Métodos empíricos: se confeccionó y utilizó una entrevista con preguntas semis dirigidas que contenían las variables objeto de estudio para la recolección de datos primarios la cual fue elaborada y aplicada por el autor.

El procesamiento de los datos se realizó a través de una computadora Pentium IV utilizando el programa Microsoft Word, por último se revisó la bibliografía nacional e internacional consultada.

Análisis

y

Discusión

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

El embarazo constituye una de las etapas más importantes en la vida de la mujer, que en ocasiones trae consigo algunos trastornos que pudieran implicar peligro para la madre y/o el feto.

La enfermedad hipertensiva gravídica del embarazo, es una enfermedad única del embarazo humano. Esta enfermedad constituye un verdadero problema de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Tabla 1. Representación según edad de las embarazadas.

Grupo de edades	Nro.	%
- 18	4	8
19-35	44	88
+35	2	4
Total	50	100

Fuente: Carné Obstétrico y cuestionario.

En la tabla 1 se muestra los grupos de edades de las embarazadas estudiadas, donde se observó un predominio de las de 19-34 años de edad (88%), en las cuales la mujer está apta para la fecundación; sólo 4 % fueron añosas. Sin embargo, la adolescencia representó el 8%.

En el trabajo realizado por Álvarez Fumero¹⁴ se detecta una incidencia similar a la nuestra en edades entre 25 y 29 años; la adolescencia se comportó en su estudio un poco por encima del nuestro. Sin embargo Vázquez¹³ habla de un predominio de la adolescencia, que coincide con Ayala¹⁵ donde se observa un predominio muy marcado en las adolescentes y menores de 25 años, con una prevalencia de 70 %.

Diferentes resultados reportó Tapia Villalva en su estudio evidencia que el 50% de las embarazadas correspondió a la edad de 17-18 años de edad, el 29% a 15-16 años, y el 21% a 19 años de edad. 16 Este resultado no coincide con lo

encontrado por la autora donde hubo mayor predominio en las mayores de 20 años.

En cuanto a la edad se destaca que la mayoría de las gestantes estuvieron entre 20 y 35 años, es decir tuvieron la gestación en una edad reproductiva adecuada, lo que se traduce en un factor protector de la díada materno-fetal.

Tabla 2. Representación según valoración nutricional de las embarazadas.

Valoración nutricional	Nro.	%
Bajo peso	9	18
Normopeso	23	46
Sobrepeso	8	16
Obeso	10	20
Total	50	100

Fuente: Carné Obstétrico y cuestionario.

En la tabla 2 se muestra la valoración nutricional a la captación de las embarazadas estudiadas, donde se observó un predominio de la normo peso (46 %), seguida de las obesas con un 20 % y las bajo peso con el 18 %, factores importantes en la enfermedad hipertensiva gestacional. y por último, las sobrepeso el 16 %.

Diferentes resultados reportaron Cnattingius y colaboradores donde la incidencia de enfermedad hipertensiva en el embarazo se asocia de manera positiva con el índice de masa corporal (IMC) (2.8% en mujeres con IMC<25 kg/m² y 10.2% para mujeres con diagnóstico de obesidad).¹⁷

Huerta Bernal en un estudio realizado en México reportó que las embarazadas con sobrepeso tuvieron un mayor riesgo de atribuirle la enfermedad a este factor, lo cual se relaciona con el aumento de peso adicional después del parto o la cesárea también expone que la mujeres obesas antes del embarazo tienen un alto riesgo de presentar algún tipo de trastorno, tales como la hipertensión gestacional y la preeclampsia.¹⁸

En México, las autoridades sanitarias están considerando que cerca de 75% de las mujeres en edad reproductiva (entre 20-49 años) presentan obesidad o sobrepeso (índice de masa corporal > 25); condición que en Estados Unidos representa más del 60%. ¹⁹

La autora considera a las mujeres que al momento del embarazo tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución durante el embarazo y el parto que aquellas con una ganancia de peso mayor a la recomendada. Las mujeres con una ganancia de peso mayor presentan el riesgo de tener complicaciones obstétricas como hipertensión, diabetes, varices, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, complicaciones tromboticas, anemia, y desórdenes en la lactancia.

Tabla 3. Representación según nivel escolar de las embarazadas.

Nivel escolar	Nro.	%
Primaria	3	6
Secundaria	13	26
Técnico Medio	3	6
Pre-universitario	27	54
Universitario	4	8
Total	50	100

Fuente: Carné Obstétrico y cuestionario.

En la tabla 3 se muestra el nivel escolar de las embarazadas estudiadas, donde se observó un mayor número en las pre-universitarias (54%), seguido de las secundaria con un 26% las universitarias con un 8 % y el técnico medio terminado con un 6 %. Aclarar que la mayoría de las gestantes, a pesar de su nivel escolar, son amas de casa.

Esta investigación coincide con la de la autora Mulet, donde las pre-universitarias alcanzaron un 69,18 % 20. Se hace necesario destacar que este nivel escolar es

superior al de otros países como Argentina, Uruguay, México, entre otros; según bibliografía consultada.^{21, 22}

Permite referir que aunque la mayoría de las gestantes fueron preparadas, aunque queda gran parte de la población que no ha sido orientada acerca del tema, pudiéndose atribuir las complicaciones como un factor desencadenante de la falta de educación brindada a las pacientes.

Tabla 4. Representación según Nivel socio-económico de las embarazadas.

Nivel socio-económico	Nro.	%
Bajo	5	10
Medio	28	56
Alto	17	34
Total	50	100

Fuente: Carné Obstétrico y cuestionario.

En la tabla 4 se muestra el nivel socio-económico de las embarazadas estudiadas, donde predomina el nivel medio (56%), seguida del nivel alto con un 34 % y el nivel bajo con un 10%. Aclarar que estos resultados están basados en la ocupación, salario, condiciones de la vivienda y grado cultural de las gestantes; lo que nos indica que la mayoría de la población se encuentra en un nivel medio de vida.

Tabla 5. Representación de los principales factores de riesgo de las embarazadas.

Factores de riesgo	Nro.	%
Raza negra	14	28
Baja talla	0	0
Obesidad	10	20
Desnutrición	2	4
Multiparidad	11	22
Nuliparidad	16	32
Gemelaridad	1	2

Hábito de fumar	2	4
Enfermedad renal	0	0
Edad < 18 años	4	8
Edad > 35 años	2	4
HTAc	2	4
Diabetes mellitus	0	0
Antec. Preeclampsia ant.	1	2
Asma Bronquial	2	4
Cesárea anterior	8	16

Fuente: Carné Obstétrico y cuestionario.

En la tabla 5 se muestran los principales factores de riesgo de las embarazadas estudiadas, donde se observó un predominio en la paridad, con un mayor número en las nulíparas (32 %), seguida de la raza negra con un 28% %; el tercer lugar lo ocupan las multíparas, las obesas 20% y la cesárea anterior conjuntamente con un 16 %. Los demás factores de riesgo estuvieron presentes, pero en menor cuantía; resaltar que de las enfermedades crónicas asociadas, predominó el Asma bronquial con un 4 % y la HTAc con un 4%.

En investigaciones realizadas por Yakoob respecto al número de partos, 38.89% de las gestantes no habían tenido hijos, 27.78% habían tenido un parto, 22.22% dos partos y 11.11% tres partos. Es decir, que la mayoría de gestantes que presentaron hipertensión gestacional no habían tenido hijos, a diferencia de las gestantes con partos anteriores cuyo porcentaje fue más bajo lo que permite deducir que un parto anterior no constituyó un factor de riesgo para desarrollar la patología.²³

Tabla 6. Representación según Nivel de conocimientos sobre la Hipertensión en el embarazo.

Conocimiento	Nivel de conocimiento	
	Nro.	%
Bueno	5	10

Regular	12	24
Malo	33	66

Fuente: cuestionario.

Tabla 7. Evaluación de los resultados de la intervención educativa sobre la Hipertensión en el embarazo.

Conocimiento	Nivel de conocimiento	
	Nro.	%
Bueno	36	72
Regular	7	14
Malo	7	14

Fuente: cuestionario.

En las tablas 6 y 7 se muestran los resultados de la intervención educativa, a través del nivel de conocimiento de las gestantes, antes y después de la intervención. En los resultados de la primera encuesta las embarazadas respondieron correctamente en un 10% y una vez aplicado el programa interventivo se incrementaron los conocimientos en un 72 %. Al ser evaluados los resultados de la tabla de referencia y como dato significativo en el estudio realizado, se encontró que el nivel de conocimiento se elevó en un 62 %, constituyendo un impacto positivo de Intervención educativa en las embarazadas, lo cual refirma la eficacia de este tipo de programa y la necesidad de su implementación, para lograr reducir su incidencia.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- ✓ Predominó el grupo de edad de 19-34 años, la nuliparidad ; la raza negra, y de las enfermedades crónicas asociadas, el asma bronquial.
- ✓ En su gran mayoría las embarazadas desconocían de la hipertensión arterial crónica los principales síntomas y los fundamentales factores de riesgo para la misma.
- ✓ Una vez aplicado el programa elevaron su nivel de conocimiento y responsabilidad respecto a las acciones para propiciar un embarazo fisiológico y prevenir la hipertensión gestacional. Ocasionando un impacto positivo en su educación y bienestar.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Extender este estudio a otras áreas de salud con el objetivo de disminuir o modificar los principales factores de riesgo de la hipertensión en el embarazo.

Referencias

Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Oliveros B, Marín Santos AB, Sarmiento Rodríguez MP, Gómez Figueroa SM, Ramírez Ramírez JP, Carreño Rodríguez LD. Factores de riesgo que inciden en la hipertensión gestacional en San Gil, Santander. *universalud. rev. ciencias salud Unisangil* 2013; 3(1): 20-30.
2. Elvis Antonio Leal Almendárez, Carlos Manuel Marchena López, Edwin José Murillo Urbina. Factores de riesgo asociados a síndrome hipertensivo gestacional. Hospital Primario Carlos Centeno. Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte. Enero -Junio 2013.
3. Sintés RA. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: *Temas de Medicina General Integral*. V. 2. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2001.p. 801.
4. Lisonkova S, Joseph KS. Incidence of preeclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Dec; 209(6):544.e1-12.
5. Ornaghi S, Tyurmorezova A, Algeri P, Giardini V, Ceruti P, Vertemati E, Vergani P. Influencing factors for late-onset preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013 Sep; 26(13):1299–302.
6. Aksornphusitaphong A, Phupong V. Risk factors of early and late onset pre-eclampsia. *J ObstetGynaecol Res*. 2013 MAr; 39(3):627–31.
7. Herrera JA, Herrera-Medina R, Herrera-Escobar JP, Nieto-Díaz A. Reduction of maternal mortality due to preeclampsia in Colombia-an interrupted time-series analysis. *Colomb Med*. 2014; 45(1): 25-31.
8. Sánchez Mendoza CI, García Araujo MA, Díaz Montiel JC, Miranda Vargas LN, Vargas Alemán CL, Cuevas George L. Prevalencia de hipertensión arterial sistémica, diabetes gestacional y dislipidemias en púerpera del Hospital Materno Perinatal «Mónica Pretelini Sáenz» en el Estado de México. *ArchInv Mat Inf*. 2013; 5 (3): 107-112.

9. Álvarez Ponce VA, Alonso Uría RM, Muñiz Rizo M, Martínez Murguía J. Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014; 40(2):165-174.
10. Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís RE, Levario-Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *GinecolObs-tetMex* 2012; 80(7):461-46 .
11. Romero-Arauz JF, Ortiz-Díaz CB, Leños-Miranda A, Martínez-Rodríguez OA. Evolución de hipertensión gestacional a preeclampsia. *GinecolObstetMex* 2014;82:229-235.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del emba-razo, guía de práctica clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Na-cional de Normatización-MSP; 2013.

Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez E. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *RevMedInstMex Seguro Soc.* 2016;54Supl 1:S90-111.
13. Vázquez Márquez A, Guerra Verdecía C, Herrera Vicente V, de la Cruz Chávez F, Almiral Chávez A. Embarazo y adolescencia: factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. *Rev Cubana Obstet* <http://www.vcl.sld.cu/medicen-tro/v7supl03/enfermedadhipert65.htm> *Ginecol* 2001; 27(2):158-64.
14. Álvarez Fumero R, Urra Cobra L, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *Resumed* 2001;11(3):115-21.
15. Ayala DE, Hernida RC, Mojon A, Fernández Silva I, Ucieda R. Blood pressure excess for the early identification of gestational hypertension and preclampsia. *Hypertension* 1998; 31(1):83-9.
16. Tapia Villalva JT. Factores de riesgo de hipertensión gestacional en mujeres em-barazada de 15 a 19 años. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2015.
17. Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer S. Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 1998;3:147-152.

18. Huerta Bernal LG. Detección oportuna de preeclampsia en una unidad de medicina familiar. Utilidad de la prueba de Gant en mujeres con 28-32 semanas de gestación.[Tesis]. México: Instituto Mexicano Del Seguro Social; 2014.
19. Minjarez-Corral M, Rincón-Gómez I, Morales-Chomina Y, Espinosa-Velasco MJ, Zárate A, Hernández-Valencia M. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas PerinatolReprodHum [Internet]. 2014 [Citado 20 feb 2018]; 28 (3): 159-166. Disponible en: <http://www.medigraphics.com/pdfs/inper/ip-2014/ip143g.pdf>
20. Mulet R Y. Caracterización de la enfermedad hipertensiva gestacional. Hospital Mario Muñoz Monroy (tesis). Rafael Freyre, Holguín; 2009.
21. Rigol O. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. Temas de Ginecología y Obstetricia. Versión digital. La Habana: 2000.
22. MINSAP, Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo en Manual de procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología. Habana, 1995; 205.
23. Yakoob MY, Bateman BT, Ho E. Therisk of congenitalmalformationsassociatedwithexposureto β -blockersearly in pregnancy: a meta-analysis. Hypertension 2013; 62:375.
24. Cabezas Cruz E, Oliva Rodríguez J A, Ortega Blanco M, Piloto Padrón M, Álvarez Fumero R, Sosa Marín M. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. En: Barceló Y, editor. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. 1 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 86-96.
25. Schwarcz Ricardo L. Douverges Carlos A. Estados hipertensivos del embarazo. Obstetricia 2000.p.250-269.
26. Colectivo de autores. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. En: Parte III Embarazo de riesgo. La Habana. ECIMED; 1997, p. 237-52.

27. Álvarez V. A., Alonso, R. M., Ballesté, I., & Muñiz, M. (2011). El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 23-31.
28. Castillo, E., Fernández, Y., & García, M. (2013). Diseño de un plan de instrucción para la prevención de la preeclampsia-eclampsia en adolescentes que consultan en el hospital Uyapar de Puerto Ordaz. i semestre 2009 Doctoral dissertation).
<http://saber.ucv.ve/xmlui/handle/123456789/3419>
29. Delgado, L. J., & Nombera, F. M. (2013). Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo, 2012 (Doctoral dissertation). <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/157>
30. Caballero, D., Vila, F., Ramos, E., & García, R. (2011). Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(4), 448-456.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013800X2011000400002&script=sci_arttext
31. García, R., Llera, A., Pacheco, A. L., Delgado, M. D. J., & González, A. (2012). Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 467-477.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin04412.pdf>
32. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica (Defunciones maternas), semana epidemiológica 23 información actualizada al 8 de junio de 2011.
http://maternidadsinriesgos.org.mx/boletines/MMaternas_sem23.pdf
33. López, A. D. P., Talahua, Y., Miriam, N., & Trujillo, M. A. (2012). Factores que inciden en los trastornos Hipertensivos Gestacionales de las adolescentes embarazadas de 12 a 18 años que ingresan al Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato durante el período de Marzo-Octubre 2012.
<http://saber.ucv.ve/xmlui/handle/123456789/3419>

34. Mayorga, M. D. L. (2012). Influencia del nivel de educación en las complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en el hospital provincial docente Ambato en el período julio-diciembre del 2010 (Doctoral dissertation).
- <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/926/7086Mayorga%20Mar%c3%ada.pdf?sequence=1>
35. Mensajeros de la Salud, Salud Materno y Perinatal, Madrinas Obstétricas
- <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/02/mensajero-SMaterna.pdf>
36. Morgan, F., Calderón, S. A., Martínez, J. I., González, A., & Quevedo, E. (2010). Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex*, 78(3), 153-159.
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>
37. Mosquera, C., & de los Ángeles, S. (2012). Complicaciones Materno-Fetales Asociadas a la Preeclampsia Atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra-Tena en el Periodo Enero 2009-Enero 2010.
- <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1901/1/94T00080.pdf>
38. Programa veracruzano de salud 2011 – 2016
- <http://web.ssaver.gob.mx/transparencia/files/2011/10/ProgSecSalud2011-2016.pdf>
39. Torres, R., & Calvo, F. M. (2011). Enfermedad hipertensiva del embarazo y el calcio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(4), 551-561.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013800X2011000400012
40. Viñas S, L. N., Chávez R, M., Virrella T, M. E., Santana S, C., & Escalona C, K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*.

<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n6/amc04608.pdf>

News

ANEXOS

Anexo I. Modelo de consentimiento informado.

Mediante este documento se te propone participar en esta investigación de forma voluntaria, que puedes abandonar en el momento que desees, por lo que necesitamos tu consentimiento.

Estoy de acuerdo.

Nombre y Apellidos: -----

Gracias

Anexo II. Planilla de vaciamiento

Grupo de edades

- ≤ 18 años.
- 19 -34 años
- ≥ 35 años

Raza

- Blanca
- Negra
- Mestiza

Estado civil

- Con pareja estable
- Sin pareja estable

Nivel de escolaridad

- Primaria
- Secundaria
- Preuniversitaria
- Universitaria
- Técnico Medio

Nivel socio-económico

- Bajo
- Medio
- Alto

Valoración Nutricional

- Peso deficiente
- Peso adecuado
- Sobrepeso
- Obesa

Enfermedades asociadas

- HTA____
- Asma bronquial____
- Diabetes mellitus____
- Hipertiroidismo____
- Hipotiroidismo____
- Cardiopatías congénitas____
- Nefropatías congénitas____
- Hemofilia____
- Otras____

Factores de riesgo

- Embarazo no planificado____
- Promiscuidad sexual____
- Inicio precoz de las relaciones sexuales____
- Escasos conocimiento y uso de los métodos anticonceptivo____
- Tendencia del aborto____
- Infecciones genitales y enfermedades de transmisión sexual.
- Disfuncionalidad familiar____
- Abuso sexual____
- Insuficiente ingreso económico____

Anexo III. Cuestionario.Estimada gestante:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se exploran diversos aspectos relacionados con la Hipertensión en el embarazo. Necesitamos su colaboración con el propósito de conocer el nivel de conocimiento respecto a la temática, y mejorar así la atención hacia ese grupo dispensarial.

Por favor lea con cuidado cada pregunta antes de responder, y marque con una X las respuestas que considere afirmativas. Le agradecemos su participación y que conteste honestamente lo que piensa sobre lo que le preguntamos. Le recordamos que este es un documento estrictamente confidencial. Gracias por su cooperación.

Datos generales

- ✓ Edad:

- ✓ Raza:

- ✓ Peso:

- ✓ Talla:

- ✓ Nivel escolar:

- ✓ Ocupación.
 ¿Trabaja o estudia? ¿En qué?

- ✓ Estado civil:
 ¿Tiene usted pareja estable? Sí _____ No _____

- ✓ Marque con una cruz como considera las condiciones estructurales de su vivienda:

Buena _____

Media _____

Mala _____

✓ ¿Cómo considera su alimentación? _____

✓ Hábitos tóxicos:

Fumadora _____

Bebidas alcohólicas _____

✓ ¿Realizaba ejercicios antes del embarazo? _____

✓ ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

✓ ¿Ha tenido usted algún aborto? ¿Fue provocado o espontáneo? ¿Qué tiempo de gestación tenía cuando se realizó el aborto? _____

✓ ¿Tuvo algún parto? ¿Fue por cesárea o se utilizó fórceps o espátula? _____

✓ Antecedentes patológicos personales:

Asma Bronquial _____

Diabetes mellitus _____

Hipertensión arterial crónica _____

Cardiopatías _____

Nefropatías _____

Otras _____ ¿Cuál? _____

✓ ¿Presentó algún trastorno hipertensivo en embarazos anteriores? _____

- ✓ ¿Presenta algún trastorno hipertensivo en este embarazo? _____
- ✓ ¿Conoce usted sus cifras de tensión arterial al inicio del embarazo?
Menciónela.

Cuestionario:

1. ¿Qué es la hipertensión en el embarazo?

----- Una enfermedad que ocasiona daños graves tanto en la gestante como en su bebe, sino es tratada a tiempo.

----- Es incurable y puede ser mortal si no se controla.

-----Es una enfermedad que la padecen todas las embarazadas.

2. ¿Cuáles son algunos factores que contribuyen a que aparezca la hipertensión en el embarazo?

----- Desnutrición u obesidad.

----- Buenas condiciones socio-económicas.

----- Padecer de enfermedades crónicas como la Diabetes o la Hipertensión crónica.

----- Presentar buen peso, comer sano y realizar ejercicios.

----- Gestante con primer embarazo.

3. ¿Cuáles son los principales síntomas q nos hacen sospechar la hipertensión en la gestante?

----- Aumento brusco de peso de una consulta a la otra.

----- Fiebre, convulsiones y vómitos.

----- Dolor de cabeza constante, dolor en el estómago, zumbido de oídos, visión borrosa, calambres en las manos.

----- Aumento excesivo de peso en todo el embarazo.

----- Edema y orinas escasas.

4. ¿Cuáles son las medidas de prevención?

- Practicar deportes.
- Comer saludable rico en frutas y vegetales, tomar leche, comer bajo en sal y grasas.
- Vitaminoterapia.
- Tomar hipotensores desde q comienza el embarazo.

5. ¿Qué debe hacer la familia?

- Comprender que éste es un problema de salud.
- Entender a la enferma.
- Apoyarla emocionalmente y ayudarla a cumplir las indicaciones del médico.
- Buscar ayuda especializada para la enferma.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.