



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO
POLICLINICO CON SERVICIOS DE HOSPITALIZACION RAFAEL FREYRE

TITULO: Intervención Educativa sobre Hipertensión en la gestación .Rafael Freyre. Septiembre 2017- abril 2018.

AUTOR: Dra. Liliana Maura Driggs.

TUTOR: Dra. Aniela Guerrero Almaguer.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

Holguín2018



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO
POLICLINICO CON SERVICIOS DE HOSPITALIZACION RAFAEL FREYRE

TITULO: Intervención Educativa sobre Hipertensión en la gestación .Rafael Freyre. Septiembre 2017- abril 2018.

AUTOR: Dra. Liliana Maura Driggs.

Residente de segundo año especialidad Medicina General Integral.

TUTOR: Dra. Aniela Guerrero Almaguer. Especialista en Primer Grado en Ginecobstetricia.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

Holguín

2018

PENSAMIENTO

Sigamos repartiendo con amor y dedicación salud a todos. Mostremos que existe la calidad humana que nos caracteriza, pongamos en alto el legado que se nos ha otorgado, y representemos con orgullo esta hermosa hazaña que es prevenir, tratar y salvar vidas.

Autora

DEDICATORIA

A mi hijo que es mi mayor motivación para seguir superándome.

A mi madre por apoyarme en todas mis ideas.

A mi familia, compañeros, amigos y a todas aquellas personas que han contribuido de forma directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A dios por permitirme llegar hasta aquí

A mi familia por apoyarme siempre

A la revolución por permitir que me formara como una profesional y lograra mis sueños.

A todas las personas que aportaron su granito de arena para la realización de este trabajo.

A todas las personas que fueron partícipes de este proyecto y en especial las gestantes que dedicaron un poquito de su tiempo.

Índice

Contenido	Pág.
PENSAMIENTO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
INTRODUCCION_____	1
OBJETIVOS _____	4
MARCO TEORICO O CONCEPTUAL_____	5
DISEÑO METODOLOGICO_____	17
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS_____	25
CONCLUSIONES_____	32
RECOMENDACIONES_____	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS_____	34

Resumen:

Se realizó una investigación que responde a un proyecto cuasi experimental de intervención educativa con gestantes del consultorio 29 del municipio Rafael Freyre provincia Holguín, desde septiembre del 2017 a abril del 2018, se trabajó con el universo y la muestra que estuvo constituido por 33 gestantes, con el objetivo de Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre los principales factores de riesgo presentes en las gestantes. Los métodos utilizados fueron teóricos y empíricos: revisión bibliográfica, análisis-síntesis, inducción-deducción, método histórico-lógico, encuesta y observación. Los resultados encontrados fueron: el predominio del grupo de edad entre 15 y 19 años, nivel escolar secundario, ocupación ama de casa y las gestantes normopeso de la raza blanca como principales características sociodemográficas. Al aplicar la encuesta se diagnosticó mal conocimiento sobre hipertensión en la gestación concluyendo que luego de aplicada la intervención, éste favoreció el nivel de conocimiento de los pacientes, por lo que recomendamos generalizar estos resultados a otras áreas del municipio.

Palabras clave: gestante, hipertensión.

Introducción:

La hipertensión inducida por el embarazo constituye en la actualidad la principal causa de morbilidad y mortalidad maternas, los trastornos hipertensivos complican del 10 al 25% de todos los embarazos y son los mayores contribuidores a la morbilidad perinatal y materna por lo que su manejo es de extraordinaria importancia para los médicos que tratan mujeres embarazadas ya sean obstetras, internistas o médicos generales. (1) La preeclampsia tiene una incidencia del 7% y representa del 50 al 70 % de todos los casos de HTA que complican el embarazo. Puede ocurrir antes de las 20 semanas en asociación con mola hidatiforme de crecimiento rápido y con el hydropis fetal (2).

La hipertensión inducida por el embarazo es considerada como un problema prioritario de salud en el mundo. Su incidencia está estimada en el rango de 10 a 20 %; aunque se ha reportado cifras inferiores (10 %) y superiores (38 %) (3). Estas diferencias están dadas por las distintas regiones, razas y factores socioeconómicos y culturales (4). En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto. Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido. (5)

Alrededor del mundo un estimado de 600 000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con la pre-eclampsia. Un 99% de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo. Pre-eclampsia y eclampsia son probablemente las responsables de más de 50 000 muertes maternas al año. (6)

Actualmente se pueden esperar tasas mundiales de pre-eclampsia de 143 667 casos y 431 000 de gestosis grave, muertes maternas mundiales de 20 000 pacientes y hasta 86 000 muertes perinatales. Esta patología complica entre el 2 y el 8% de los embarazos. En países desarrollados la eclampsia es rara, afectando alrededor de 1 cada 2 000 partos, mientras en los países en vías de desarrollo esta cifra variará desde uno en 100 a uno en 1700. (7)

En los países en vía a desarrollo es la causa más importante de muerte materna y en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad

constituye un problema grave de salud pública, particularmente Ecuador y Paraguay. Esta alta mortalidad se produce debido a que la enfermedad hipertensiva durante el embarazo predispone a complicaciones como desprendimiento normoplacentario, Edema Agudo del Pulmón, Insuficiencia Renal Aguda, Hemorragia Cerebral, Coagulación Intravascular Diseminada y Ruptura Hepática. (8)

En una reciente revisión sistemática realizada para determinar la distribución de las causas de las muertes maternas se halló una amplia variación regional. Se informó que los trastornos hipertensivos son la causa del 16,1 % de las muertes maternas en los países en desarrollo, el 9,1 % en África, el 9,1% en Asia, y el 25,7 % en América Latina y el Caribe. En Estados Unidos su incidencia varía 1,6 % a 12,6 % lo cual contrasta con los países del tercer mundo en los cuáles alcanza hasta el 40% en grupos humanos de alto riesgo (9)

En Cuba al igual que en la provincia de Holguín la Hipertensión Gestacional es una de las principales causas de muerte materna así como muertes fetales, neonatales y de bajo peso al nacer. Afecta alrededor del 10% de todos los embarazos y repercute de forma importante tanto en la madre como en el feto, ya sea de forma general incrementando la morbi-mortalidad materna y perinatal, como el riesgo de CIUR, prematuridad y otras afecciones. (9-10)

En el municipio Rafael Freyre la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo ha tenido una incidencia por encima del 6,6 %. En el Consejo Popular de Santa Lucía al cual pertenece el consultorio 29 existía un alto índice de hipertensión durante el período gestacional, que motivaron a varias investigaciones científicas, las cuales detectaron que se debía principalmente a la falta de conocimiento de las gestantes de los principales factores de riesgo que se asocian con esta entidad. Esta patología pone en riesgo la vida de la gestante y es responsable de un alto número de recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer por esta causa.

Partiendo de esa problemática nos propusimos el siguiente **Problema científico:**

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de hipertensión en la gestación en pacientes del consultorio 29, Rafael Freyre, año 2017-2018?

Justificación del problema:

La presente investigación se lleva a cabo para lograr una mayor prevención elevando el nivel de conocimiento en las gestantes del consultorio No.29 del área Santa Lucía.

Novedad científica:

La novedad radica en que no hay precedente de un estudio similar en las gestantes y en diseñar e implementar una estrategia de intervención educativa para elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo de hipertensión en la gestación en pacientes del consultorio médico de familia No. 29 del área Santa Lucía.

Hipótesis:

Si se aplica una estrategia de intervención educativa, entonces aumentaría el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de hipertensión en la gestación en las pacientes por lo que disminuiría la morbi-mortalidad por ésta enfermedad.

OBJETIVOS**General:**

Elevar el nivel de conocimiento de la hipertensión en la gestación en las embarazadas del consultorio 29 del área de salud Santa Lucía en el período septiembre 2017-abril 2018.

Específicos:

Identificar factores de riesgo.

Diseñar una intervención educativa que ayuden a prevenir la hipertensión en la gestación.

Aplicar la intervención educativa.

Evaluar la intervención educativa.

Marco Teórico

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35% (11). La terminología empleada para denominar a esta patología ha sido cambiante. En la actualidad los términos más aceptados son hipertensión inducida por el embarazo, si no está acompañada por proteinuria, y preeclampsia cuando la proteinuria está presente.

Definición:

La preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. La misma se caracteriza por una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria.

La enfermedad tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20

semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas. El signo hipertensión es el marcador que define y marca el pronóstico de la enfermedad. El mayor incremento de las cifras tensionales sobre sus niveles basales es reflejo de un mayor desequilibrio entre las sustancias vasoactivas que la controlan.

Fisiopatología

El síndrome de preeclampsia-eclampsia se conoce desde hace más de 100 años; sin embargo, su etiología continúa siendo desconocida y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse. Según estudios recientes, se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación. En la preeclampsia es difícil establecer la diferencia entre eventos inmunes, inflamatorios y vasculares dado que células del sistema inmune secretan citoquinas que poseen capacidad de mediar distintas acciones biológicas, actuando sobre el endotelio vascular, músculo liso, o la coagulación.

Normalmente, en el embarazo se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia y favorece la perfusión del espacio intervilloso (12). Esto se debe a la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, la cual destruye la capa musculoelástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación uteroplacentaria, asegurando así una correcta perfusión debido al alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica se encuentra alterada, por lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido. Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto, que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria. También se encontró un desequilibrio entre factores fibrinolíticos e inhibidores, los que generan un efecto antiinvasivo característico de esta enfermedad. La diferenciación anormal del citotrofoblasto provoca también apoptosis en una subpoblación de células de la decidua, lo que genera la destrucción precoz de

la interfase feto-materna, y contribuye al comienzo temprano de los síntomas clínicos, debido al gran pasaje de partículas de membranas de las microvellosidades del sinciotrofoblasto, ADN fetal libre y citoqueratina, a la circulación materna. Éste fenómeno también se produce en el embarazo normal, pero en menor medida. El citotrofoblasto además, expresa moléculas de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y de factor de crecimiento placentario (PIGF) cuyo rol es regular la angiogénesis. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de VEGF y PIGF. Se ha demostrado que la administración de esta proteína a ratas preñadas induce hipertensión, proteinuria y glomeruloendoteliosis (13). En la gestante con preeclampsia existe también una falla en conseguir la expansión apropiada del volumen plasmático (14), así como una sensibilidad aumentada a la angiotensina II. Esto fue descrito en 1970 por Gant y cols (15), quienes además encontraron que este efecto no se relacionaba con un incremento de los niveles circulantes de la misma (16). Recientemente se describió que este fenómeno estaría ligado a la expresión aumentada del receptor Angiotensina 1 (AT1) y con la producción de autoanticuerpos IgG agonistas del receptor AT1, los cuales podrían ser el nexo entre la alteración de la perfusión placentaria y el síndrome materno de la preeclampsia (17). Gant y cols., además encontraron que en este grupo de pacientes el balance entre las prostaglandinas (vasodilatadoras) y los tromboxanos (vasoconstrictores y agregantes plaquetarios) se inclina en favor de estos últimos, contribuyendo tanto al aumento de la presión arterial como a la activación de la cascada de la coagulación.

El mismo se realiza cuando las cifras tensionales alcanzan o superan los 140/90 mm Hg. De presión sistólica y diastólica respectivamente. La paciente debe permanecer sentada por al menos cinco minutos antes de medir la tensión arterial. Si la misma es anormal, se debe repetir la medición tres veces más, separadas por intervalos de un minuto. Si estos valores se presentan antes de la semana 20, estaremos presuntamente en presencia de una paciente con hipertensión previa. Si ocurren luego de la semana 20, deberemos recurrir a los estudios complementarios y al análisis de los factores de riesgo para poder diferenciar una hipertensión crónica de una inducida por

el embarazo.

Estudios complementarios.

Exámenes de laboratorio.

- Función renal: ácido úrico, creatinina proteinuria de 24 horas, microalbuminuria. La uricemia es el único parámetro bioquímico que ha demostrado ser más predictivo del deterioro producido por la enfermedad 10; valores superiores a 6 mg% están relacionados con preeclampsia severa y riesgo fetal.

Hematológicos: hemograma (especialmente hematocrito), recuento de plaquetas, LDH, coagulograma con fibrinógeno.- Función hepática: TGO, TGP, FAL, GGT.

- Urocultivo. A fin de descartar proteinuria de otro origen, si esta fuera positiva.

Examen cardiológico. Electrocardiograma con evaluación cardiológica, en una sola oportunidad.

- Diagnóstico por imágenes: Ecografía hepática, TAC (según necesidad)

- Fondo de ojos. En una sola oportunidad.

2.- Control de la vitalidad fetal

- Cartilla de movimientos fetales, en forma diaria

- Ecografía obstétrica para curva de crecimiento y valoración del líquido amniótico, cada tres semanas.

- Velocimetría de flujo de vasos umbilicales y arteria cerebral media fetales, y arterias uterinas maternas, a partir del diagnóstico de HTA gestacional (con o sin proteinuria), o de la semana 18-20 en la HTA crónica, mensualmente o según necesidad

Ante la presencia de proteinuria, realizaremos el diagnóstico de preeclampsia debe ser diagnosticada cuando la proteinuria es mayor de 300 mg/L en una muestra de orina de 24 horas. En todos los casos de hipertensión gestacional, se deberá solicitar proteinuria de 24 horas, ya que su detección afectará tanto el pronóstico como el tratamiento de la enfermedad (18). En cuanto a la

presencia de edemas, los mismos son comunes en los embarazos normales y menos específicos para el diagnóstico de la preeclampsia. Sin embargo, un aumento en el peso materno por encima de los 500 g. por semana, especialmente si la misma se sostiene en el tiempo, puede ser un claro indicador de edemas en ausencia de otros hallazgos.

Clasificación

La clasificación de la hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema, debido a que la causa de la enfermedad es desconocida. Con el objetivo de incluir todos los tipos de hipertensión que se pueden presentar en el embarazo, la Sociedad Internacional para el estudio de la Hipertensión en el embarazo (ISSHP) (19) ha clasificado a la enfermedad en cuatro grupos según se muestra a continuación.

GRUPO A A1 Hipertensión gestacional

A2 Proteinuria gestacional

A3 Hipertensión con proteinuria gestacional o preeclampsia

GRUPO B B1 Hipertensión crónica

B2 Enfermedad renal crónica.

B3 Hipertensión crónica con preeclampsia añadida

GRUPO C C Hipertensión y/o proteinuria inclasificable

GRUPO D D1 Emergencia hipertensiva

D2 Eclampsia

El Grupo A comprende todos los casos de hipertensión o proteinuria, o la combinación de ambos que aparecen y se resuelven en el embarazo. Incluye al grupo A3, que es la verdadera preeclampsia. El Grupo B incluye aquellas pacientes con hipertensión o enfermedad renal previa, con o sin preeclampsia sobre impuesta. Todos aquellos casos en los que no es posible realizar un diagnóstico de certeza sobre el origen de la hipertensión (previa o gestacional), debido a un control prenatal tardío o a un seguimiento deficiente de la paciente hipertensa en el puerperio, son clasificados dentro del Grupo C. El grupo D

incluye la emergencia hipertensiva y la eclampsia.

Hipertensión gestacional

Se define como una TA igual o superior a 140/90 mmHg de sistólica y diastólica, respectivamente, sin sintomatología ni alteraciones graves en los valores del laboratorio ni en las pruebas de salud fetal, en una embarazada con más de 20 semanas de gestación sin antecedentes de hipertensión crónica.

Preeclampsia

El diagnóstico de preeclampsia está dado por la presencia de hipertensión más proteinuria. Cualquier embarazada con cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140 mm Hg. de sistólica y 90 mm Hg. de diastólica, que presente más de 300 mg de proteínas en orina de 24 horas, acompañada o no de hiperuricemia (ácido úrico mayor o igual a 6 mg% o mayor a 350mmol/L), debe ser catalogada como preecláptica, ya sea pura o sobre impuesta hipertensión previa. El diagnóstico de hipertensión severa se define con niveles de tensión arterial diastólica iguales o superiores a 100 mm Hg. y sistólica por encima de 160 mm Hg. Se impone la hospitalización inmediata y el inicio del tratamiento hipotensor, independientemente de si la hipertensión es crónica o inducida por el embarazo. Si se asocian síntomas como cefalea, epigastralgia, inquietud, trastornos visuales, náuseas o vómitos, independientemente de las cifras tensionales que presente, la paciente debe ser considerada hipertensa severa y tratada como tal. Cuando las cifras tensionales ascienden a 160/100 mms Hg., la embarazada debe ser medicada y llevada a niveles de 140-150 mms Hg. de sistólica, y 90-100 mms Hg. de diastólica. El descenso debe efectuarse en forma gradual a lo largo de 1 hora por lo menos. La elección del tratamiento dependerá de las características y severidad de la preeclampsia, de la edad de la paciente y del estado de salud fetal.

Hipertensión crónica con o sin preeclampsia sobre impuesta

Una paciente puede presentarse a la consulta obstétrica con

- Historia de hipertensión previa al embarazo.
- Hipertensión antes de las 20 semanas de gestación.

- Hipertensión después de los 42 días del parto.

Estos antecedentes, previos o actuales, sumados a las características clínicas de la enfermedad y los hallazgos de laboratorio nos harán arribar al diagnóstico de una mujer con hipertensión crónica.

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

Aumento de la presión sanguínea

Proteínas en la orina

Edema (tumefacción)

Aumento de peso repentino

Cambios en la visión como por ejemplo, visión borrosa o visión doble

Náuseas, vómitos

Dolor en la parte superior derecha del abdomen o dolor alrededor del estómago

Orina en pequeñas cantidades

Modificaciones en los valores de las pruebas de las funciones hepática y renal

Factores de riesgo.

En la bibliografía médica consultada, la mayoría de los autores plantean que las gestantes con mayor riesgo son las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años de edad; en estas últimas la enfermedad es más peligrosa, de ahí que las enfermeras en el nivel primario de salud y en hospitales maternos desempeñen una importante función en la orientación y educación de las embarazadas. (20,21)

Algunos autores coinciden en señalar el predominio de esta afección en mujeres jóvenes y en las mayores de 35 años, lo cual se corresponde con lo obtenido en este estudio (22,23)

De hecho, la nuliparidad ha sido relacionada como un factor importante de riesgo de padecer HTA (65 % en el primer embarazo). El simple antecedente de aborto hace que disminuya en dos terceras partes esa probabilidad. En algunos estudios se ha hallado que esta se presenta en 20 y 7 % de las nulíparas y multíparas, respectivamente (24)

En la casuística, la mayoría de los casos tenían antecedentes de hipertensión arterial inducida por el embarazo, pero en los controles solo una minoría

presentó dichos antecedentes. El riesgo de HTA aumenta de 3 a 4 veces si la gestante la experimentó en gestaciones anteriores (25,26) y es 10,5 veces mayor cuando un familiar de primer grado la ha padecido (madre o hermana), para un intervalo de confianza sólido y una probabilidad altamente significativa ($p = 0,000031$).

Según algunos autores, en la hipertensión arterial inducida por el embarazo existe una tendencia familiar, pues se plantea la presencia de un gen recesivo o dominante con penetración incompleta; todas estas teorías tratan explicar la causa del daño endotelial que ocurre en la enfermedad hipertensiva y que determina la permanencia del proceso fisiopatológico.

Enfermedades como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes y las nefropatías producen alteraciones del endotelio vascular y del calibre de los vasos, lo cual conduce a la constricción arteriolar y sus consecuencias. El vasoespasmo ejerce un efecto nocivo sobre estos, deteriora la circulación en los vasos sanguíneos y daña la pared vascular (27)

En ocasiones una misma paciente puede presentar varios factores de riesgo que repercuten desfavorablemente y de forma aditiva, en la evolución de la gestación. Esta debe atenderse especialmente durante el embarazo y el trabajo de parto para evitar que evolucione desfavorablemente, ya sea desde el punto de vista materno o fetoneonatal (28)

En resumen se consideran como principales factores de riesgo de hipertensión en la gestación los siguientes:

Edad: más frecuente en menores de 18 años y mayores de 35, aunque algunos estudios demuestran que el riesgo se puede observar en embarazos en menores de 21 años.

Tabaco: las mujeres gestantes fumadoras habitualmente tienen con menor frecuencia eclampsia que las no fumadoras, el riesgo relativo es de 0.17, es un factor protector. El tabaco disminuye el riesgo de Preeclampsia y disminuye la Tensión arterial durante el embarazo.

Paridad: las primigestas tienen más posibilidades de enfermedad hipertensiva del embarazo, son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas. El riesgo

de preeclampsia es generalmente inferior en segundos embarazos que en primeros, pero no si la madre tiene un nuevo compañero para el segundo embarazo. Una explicación es que reducen el riesgo con la exposición repetida maternal y la adaptación a antígenos específicos del mismo compañero. Sin embargo la diferencia en el riesgo podría en cambio ser explicado por el intervalo entre nacimientos. Un intervalo intergenésico más largo puede ser asociado tanto con un cambio de compañero como con un riesgo más alto de preeclampsia.

Historia Familiar: las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen la posibilidad de padecerla hasta en un 26% de los casos, importante el papel hereditario de esta enfermedad. La contribución de genes paternos al feto pueden ser importantes en la fisiopatología de preeclampsia, y genes maternos pueden tener un papel clave en la placentación.

Enfermedad hipertensiva durante el embarazo previo, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido, diabetes mellitus tipo 1 y 2, nuliparidad, periodo intergenésico mayor de 10 años, IMC mayor de 28,6kg/m², embarazos múltiples, pareja masculina con antecedentes de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, enfermedad trofoblástica, síndrome de ovarios poliquísticos, procesos infecciosos.

Complicaciones graves:

- a)** Emergencia hipertensiva
- b)** Eclampsia
- c)** Síndrome HELLP.

Tanto la emergencia hipertensiva, como la eclampsia y el síndrome HELLP, constituyen formas severas de preeclampsia con alta mortalidad materno - fetal.

Emergencia hipertensiva

Es el aumento brusco de las cifras tensionales (tensión arterial diastólica > 110 mm Hg; tensión arterial sistólica > 170 mm Hg; tensión arterial media >125 mm

Hg) acompañado de manifestaciones clínicas de lesión de órgano blanco: signos de irritabilidad del sistema nervioso central (fotofobia, cefalea intensa), insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia renal (oliguria). Puede presentarse sola o acompañada de convulsiones (eclampsia).

Complica con mayor frecuencia a las embarazadas con historia previa de hipertensión, y en especial si se ha sobreimpuesto la preeclampsia. La complicación más grave es el accidente cerebrovascular.

Eclampsia

La eclampsia es una manifestación clínica de la severidad del síndrome preeclámptico, producto de la microangiopatía hemorrágica cerebral, caracterizada por la aparición de convulsiones tónico-clónicas en el embarazo, con o sin aumento de la tensión arterial. Puede aparecer antes, durante o hasta 48 horas postparto. La sintomatología que la precede (pródromos) consiste en cefalea intensa, visión borrosa, fotofobia, dolor en el hipogastrio e hiperexcitabilidad, y pueden provocar complicaciones pulmonares, renales y neurológicas. Éstas últimas constituyen la principal causa de muerte materna (29).

Síndrome HELLP.

El síndrome HELLP es una forma de preeclampsia grave con repercusión multisistémica, caracterizada por la presencia de anemia hemolítica microangiopática (H: hemolysis), disfunción hepática (EL: elevated liver function test) y trombocitopenia (LP: low platelet count). Fue descrito inicialmente en 1954 por Pritchard, quien observó una mayor mortalidad materno-fetal en este grupo de pacientes, aunque fue Louis W Einstein 30 quien en 1982 publicó la sigla que lo representa. En 1993, Sibai describió los criterios diagnósticos basados en los exámenes de laboratorio

CRITERIOS DE LABORATORIO (Síndrome HELLP)

HEMÓLISIS: Esquistocitos en sangre periférica

LDH > 600UI/L

Bilirrubina total: > 1,2mg/dl

DISFUNCIÓN HEPÁTICA: TGO – TGP > 70 ui/l

TROMBOCITOPENIA: Plaquetas < 100.000/mm³

Prevención:

Existen algunas acciones preventivas para disminuir la hipertensión:

- Realizar actividad física aeróbica.
- No consumo de alcohol.
- Mantener un peso normal
- Reducir el consumo de sodio, hacer la suplementación de potasio.
- Consumir una dieta rica en frutas y vegetales; lácteos bajos en grasa con reducido contenido de grasa saturada y total.
- Controlar la glicemia (si la persona padece diabetes).
- Control prenatal precoz y adecuado.
- Administrar aspirina diario desde las 14 y hasta las 34 semanas a las gestantes de riesgo.
- Suplementación oral con calcio de al menos 1 g/d) reduciría el riesgo de preeclampsia un 78% en las pacientes con alto riesgo y un 32% en mujeres con bajo riesgo

Tratamiento

- El tratamiento específico para la hipertensión gestacional será determinado por el médico basándose en lo siguiente:
- Su embarazo, su estado general de salud y sus antecedentes médicos.
- La gravedad de la enfermedad.
- Su tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad.

La preeclampsia es la primera causa de muerte materna en el mundo desarrollado y la segunda en nuestro país. Sólo su diagnóstico precoz permitirá

instaurar un tratamiento oportuno para lograr minimizar el alto riesgo de morbilidad, tanto materno como perinatal. El efecto que provoca la preclampsia-eclampsia sobre la mortalidad materno-perinatal se ha documentado en el contexto de Cuba

En Holguín, en los últimos cinco años, la tendencia indica la disminución de la enfermedad de forma general; sin embargo, en el área de salud del Policlínico Mario Muñoz Monroy se incrementó su presencia.

De todo lo anterior se deriva la justificación de nuestro estudio, que pretende conocer el comportamiento, manejo y control de los riesgos presentes en las gestantes de nuestra área de salud con el propósito de mejorar el bienestar materno fetal, proponiendo una estrategia de intervención educativa.

Diseño metodológico

Clasificación y contexto.

Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental a las embarazadas de CMF No 29 de Santa Lucía del municipio RAFAEL FREYRE, con el objetivo de realizar una propuesta de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo que inciden en las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Definición del universo y muestra de estudio

El universo de estudio estará constituido por las 33 gestantes pertenecientes al área de salud de Santa Lucía del consultorio #29.

En este caso la muestra coincide con el universo según los criterios de inclusión.

Se tomarán como **criterio de Inclusión** los siguientes:

- Residentes en el área.
- Que dieran su consentimiento informado de participar en el estudio.
- Capacidades físicas y/o mentales que le permitan participar en la investigación.

Métodos Teóricos:

- **Histórico-Lógico:** A través de este método se pudo estudiar y describir los antecedentes del problema desde un marco mundial, en el país, la provincia, el municipio y el área de salud donde se realiza el trabajo.
- **Análisis-Síntesis:** Se utilizaron para determinar el estado actual del problema que se investigó, así como sus causas, además del análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados utilizados.
- **Sistémico-estructural-funcional:** Al diseñar el programa educativo de intervención propuesta.
- **Modelación:** Permitió estructurar el programa propuesto.

Métodos Empíricos: Permitieron la obtención y elaboración de los datos.

En nuestra investigación fueron empleados:

- **Análisis documental:** Se utilizó en la revisión de historias clínicas de las gestantes y en todos los casos se hizo un importante uso de ellas para la recolección de datos necesarios y la caracterización clínica y epidemiológica.
- **Encuesta:** Se confeccionó y aplicó una encuesta (Anexo 4) previo consentimiento informado para identificar el nivel de conocimiento sobre enfermedades hipertensivas del embarazo antes y después de la intervención educativa.
- **Observación:** Se utilizó fundamentalmente para conocer hechos, conductas y comportamientos colectivo y de esta manera describir, comprender, identificar y generar hipótesis sobre ambientes, contextos, sus culturas y aspectos de la vida social. Con el fin de evaluar el nivel de conocimiento de las gestantes en estudio.
- Para caracterizar el comportamiento gestantes con riesgo de hipertensión, mediante documentos normativos del MINSAP a través de la búsqueda bibliográfica en internet, páginas Web y buscador 2017, se utilizaron textos básicos, revistas, artículos científicos publicados recientemente acorde al estudio.

Triangulación de la información:

Con los datos obtenidos del análisis documental, la encuesta y la observación; se obtienen datos de interés para la caracterización de las gestantes, sus conductas, comportamientos; que permitió evaluar la problemática en cuestión.

Técnica y Procedimiento.

La intervención constó de tres fases o etapas:

- Diagnóstica
- De Intervención
- De Evaluación

Etapla diagnóstica: en esta fase se identificó el nivel de conocimiento hipertensión en la gestación en las pacientes que participaron en la investigación, para ello se realizó una encuesta estructurada, confeccionada bajo criterios del autor. Se les explicó a gestantes las características del estudio, con el objetivo de motivarlas con el tema, y luego se aplicó la encuesta en un aula ubicada en la Escuela Primaria Fé del Valle de dicha localidad, por contar con la privacidad requerida para obtener la información deseada.

Etapla de intervención: se corresponde a la intervención; las gestantes se dividieron en 2 grupos lo que permitió trabajar de forma más directa con las mismas, se elaboraron 5 sesiones de capacitación que incluyeron técnicas participativas (discusiones grupales y juegos didácticos) con una hora de duración de 1:30pm a 2:30pm con cada grupo y una vez a la semana, las sesiones fueron elaboradas a partir de los desconocimientos detectados en el sondeo inicial, mediante la aplicación de la encuesta. En ellas se abordaron los temas siguientes:

Concepto de Hipertensión en la gestación.

- Sintomatología de Hipertensión en la gestación.
 - Cefalea.
 - Edema de más de 12 horas de evolución
 - Dolor en epigastrio.
- Principales factores de riesgo que inciden en la aparición y evolución de Hipertensión en la gestación.

- Edad menor de 18 años y mayor de 35.
 - Nuliparidad
 - Antecedentes patológicos personales de hipertensión en la gestación
 - Preclampsia en embarazos previos.
 - Antecedentes de Diabetes Mellitus.
 - Cambio de pareja.
 - IMC mayor de 28Kgxm2.
- Forma de diagnóstico de Hipertensión en la gestación.
- Toma correcta de Tensión Arterial.
- Medidas preventivas de la hipertensión en la gestación.
- Dieta balanceada rica en frutas y vegetales
 - Práctica regular de ejercicios aerobios.
 - Disminuir el consumo de sal.

Etapas evaluativa: se realizó como fase final, después de concluida la intervención educativa, donde se aplicó la encuesta inicial con los mismos criterios de calificación, y se evaluó el nivel de conocimientos obtenidos, se creó una escala de evaluación del conocimiento adquirido.

Clasificación, categorización y operacionalización de las variables:

Se estudiaron las siguientes variables:

1. Edad de las gestantes: Variable cuantitativa continua. Se operacionalizó dividiéndola en clases según año de vida cumplido, utilizándose una amplitud de 5 años, clasificándose de:

- 15 a 19 años.
- 20 a 24 años.
- 25 a 29 años.
- 30 a 34 años.
- 35 a 39 años.
- 40 a 44 años.

2. Escolaridad: Variable cualitativa ordinal. Se tendrá en cuenta los

niveles ya terminados según las normas de este país.

- I. Primaria: persona que terminó sexto grado.
- II. Secundaria: persona que concluyó el noveno grado.
- III. Preuniversitario: Persona que concluyó el doce grado.
- IV. Universitario: Persona que culminó los estudios universitarios.

3. Ocupación: Variable cualitativa nominal politómica, se escogen estos grupos:

- a) Estudiantes: Las que se encuentren vinculadas al sistema nacional de educación en el momento del cuestionario.
- b) Trabajadoras: Se valora las que presenten vínculo laboral en el momento del cuestionario.
- c) Amas de Casa: Las que no trabajen ni estudien, dedicándose solamente a las labores domésticas en el momento del cuestionario.

4. Valoración nutricional: Variable cuantitativa continua. Se operacionalizará teniendo en cuenta la toma de peso, talla y el cálculo de índice de masa corporal

- Desnutrida
- Peso adecuado
- Sobrepeso
- Obesa

5. Color de piel: Variable cualitativa nominal. Se refiere a la raza del paciente

- Blanca
- Mestiza
- Negra

6. Antecedentes Patológicos Personales de hipertensión en gestaciones previas: Variable cualitativa nominal. Representada en % y Números enteros. Se operacionalizará teniendo en cuenta los resultados de una encuesta aplicada a tales efectos, para conocer si padece de otra enfermedad asociada.

- Sí.

- No.

7. Antecedentes Patológicos Familiares: variable cualitativa nominal. Representada en % y Números enteros. Se operacionalizará teniendo en cuenta los resultados de una encuesta aplicada a tales efectos, para conocer si existe esta misma enfermedad en la familia de primer grado.

- Sí.
- No

8. Distribución de las embarazadas en relación con los conocimientos sobre el síndrome del flujo vaginal. Variable cualitativa ordinal. Representada. Se operacionalizó teniendo en cuenta los resultados de una entrevista aplicada a tales efectos.

Considerando:

- Buena: _____ 90-100 puntos.
- Regular: _____ 60-89 puntos
- Mala* _____ 0-59 punto.

*Malo. No tiene conocimientos del tema.

Luego de tener caracterizadas a las gestantes No 29, según variables declaradas, así como haber hecho el diagnóstico del nivel de conocimiento sobre el tema en cuestión, se procedió a aplicar el programa intervención educativa (Anexo 6) para favorecer el nivel de conocimiento de la muestra objeto de estudio

sobre el tema que se investiga y posteriormente se aplicó nuevamente el cuestionario con su correspondiente clave de calificación considerando:

BUENO _____ 90-100 puntos.

REGULAR _____ 60-89 puntos.

MALO _____ 0-59 puntos.

Con el propósito de continuar realizando acciones preventivas y evitar las posibles complicaciones que se derivan de este problema de salud.

Recolección de la información.

Procesamiento y análisis de la información:

La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se les aplicó a los hombres mayores de 50 años, elaborado por el autor. Además de la aplicación de los métodos antes descritos como la revisión de las historias clínicas individuales.

El procesamiento de la información fue sometida a revisión rigurosa para evitar duplicidades u omisiones, comprobando que el 100 % de éstas eran útiles y fueron almacenadas en una hoja de cálculo utilizando la aplicación del Microsoft Excel 2010 de Microsoft Office cp. 2010, se utilizó una computadora con ambiente Word, incluyó también el cálculo de medidas de resumen para variables cualitativas, frecuencias absolutas y porcentajes elementales de la estadística descriptiva.

Tabulación y análisis de los datos:

Los datos obtenidos fueron procesados utilizando el método porcentual con ayuda de un ordenador. Los resultados fueron representados en tablas de frecuencia simple, facilitando su análisis y discusión, comparándolos con trabajos similares realizados en Cuba o en el resto del mundo.

Una vez identificadas las características clínicas y epidemiológicas que influyen en el incremento del cáncer de próstata, así como identificado el nivel de conocimiento que tenían los hombres sobre el tema abordado, diseñamos un programa educativo que permitiera favorecer el nivel de conocimiento como vía de solución al problema de salud dado.

Con los datos obtenidos de la revisión documental, los datos primarios y el análisis estadísticos, se trianguló la información recogida a través de la aplicación del sistema de métodos propuestos y arribamos a conclusiones y recomendaciones.

Parámetros Éticos:

Se tomaron en cuenta los principios éticos de la investigación según la Declaración de Helsinki y el establecido por comisión de ética internacional. A todos los pacientes del estudio se les recogió de forma verbal y escrita su consentimiento informado. Se les comunicó en qué consistía la investigación y que sus resultados tendrían uso científico. Se mantendrá el secreto profesional sobre los datos recopilados en la entrevista, así como las historias clínicas de los pacientes (Anexo 1).

Resultados científicos esperados

- Elevar el nivel de conocimiento de la hipertensión en la gestación en las embarazadas del consultorio 29.
- Alcanzar el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
- Dar a conocer esta investigación mediante una futura publicación de los resultados de la misma.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La hipertensión en la gestación, es uno de los problemas de salud que se han modificado e incrementado en la época actual debido a la aparición de un grupo de aspectos en las diferentes edades de las gestantes y el trabajo insuficiente desde la etapa preconcepcional.

Este comportamiento no ha sido así en otros estudios donde las edades intermedias tienen una mayor incidencia (30,31). En países desarrollados las gestantes con más de 35 años desarrollaron esta enfermedad con mayor regularidad, pero coincide con ser pacientes con un primer embarazo, (32), mientras que en estudios de países latinoamericanos, la enfermedad se presenta con mayor frecuencias en pacientes menores de 20 años. Todo esto parece estar condicionado por los modelos de desarrollo socioeconómico

Tabla I. Distribución de las gestantes según grupos de edades.

Grupos de edades	No	%
15-19 años	11	33.4
20 a 24 años	8	24.2
25 a 29 años	5	15.1
30 a 34 años	3	9.00
35 a 39 años	6	18.3
Total	33	100.00

Fuente: historias clínicas obstétricas.

En cuanto a la distribución de los casos según los grupos de edades se observa que el rango de edades comprendido entre los 15 y 19 años fue el predominante para un 33,4% ello en si constituye un riesgo predisponente de la hipertensión en la gestación evidenciando la conducta irresponsable en muchas jóvenes, además de la alta frecuencia de embarazo en esta edad.

En el estudio de Menéndez del Dago, H. (33) prevalecieron las edades comprendidas entre 20-24 años, no coincidiendo con nuestros resultados. Vázquez Niebla, Juan C. (34) en su estudio realizado sobre hipertension en la gestación en el Hospital Obstétrico de Ciudad de la Habana prevalecieron las

edades comprendidas entre 15 y 19 años coincidiendo con nuestros resultados. Estos resultados son similares con otros estudios revisados en bibliografías nacionales e internacionales donde señalan a la adolescencia y la temprana edad como riesgos predisponentes de la patología. (35)

Consideramos que se debe a que en nuestro consultorio predominan las embarazadas adolescentes. Hoy día existe una alta incidencia de embarazo en la adolescencia y nuestra comunidad no es una excepción. Este grupo de población es el de mayor riesgo al presentar hipertensión en la gestación y está dada fundamentalmente por su conducta irresponsable, aunque algunos de estos factores son atribuibles a sus características biológicas.

Tabla II. Distribución de las gestantes según grado de escolaridad

Escolaridad	No	%
Primaria	1	3.00
Secundaria	8	24.3
Preuniversitario	14	42.4
Universidad	10	30.3
Total	33	100.00

Fuente: historias clínicas obstétricas.

Al analizar la distribución de las gestantes según el grado de escolaridad (tabla II) observamos una mayor incidencia del nivel de secundaria con 14 pacientes para un 42.4 % coincidiendo con el trabajo realizado por Valdés SD. (36) No comportándose así en el estudio de Salomón AN, (37) donde el mayor número de gestantes estuvo comprendido en la población con un nivel de escolaridad preuniversitario.

En la literatura se plantea que la hipertensión en la gestación es más frecuente cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la población.

Se considera que los resultados de nuestro estudio están relacionados a que nos referimos a una población rural donde en general existe un bajo nivel de escolaridad factor que contribuye a la aparición de cualquier enfermedad.

Tabla III: Distribución de las pacientes según la ocupación

Ocupación	No	%
Estudiantes	10	30.3
Trabajadoras	9	27.2
Amas de Casa	14	42.5
Total	33	100.00

Fuente: historias clínicas obstétricas.

En la tabla III se ve la distribución de las pacientes según la ocupación, observándose muy claramente un mayor por ciento en las amas de casas con un 42.5 % representada por 10 gestantes, coincidiendo estos resultados con los planteados por Lara Hauslaib B AyHeredia HB (38) ; no encontramos bibliografía que no concuerden con nuestro estudio, pensamos que estos resultados se deben al no mantenerse éstas vinculadas a ningún centro estudiantil o laboral, no reciben la información suficiente de la hipertensión en la gestación , además es este rango ocupacional el de menor preparación, el que menos está en contacto con las orientaciones diarias sobre el tema, las que no se encuentran en relación con los medios televisivos y radiales, no porque no los posean, sino por el trabajo doméstico implícito .

Por otro lado las pacientes estudiantes y trabajadoras tienen mayor relación e intercambio social, están en contactando diariamente con otras personas y desarrollando conocimientos y experiencias sobre el tema; lo que le permite un mejor desenvolvimiento ante la vida y las afecciones que se presentan en su trayecto, por lo que pueden actuar para prevenirlas.

Escolaridad	No	%
Bajo peso	3	9.09
Normo peso	14	42.4

Sobrepeso	7	21.3
Obesa	9	27.3
Total	33	100.00

Tabla IV. Gestantes según valoración nutricional.

Fuente: historias clínicas obstétricas.

En relación con la valoración nutricional de las gestantes (Tabla IV), se encontró que el mayor por ciento de los casos se presentó en pacientes con peso adecuado con 14 para un 42.4 %, seguido por las obesas con 9 para un 27.3 %. En otros estudios se ha observado una gran relación entre las pacientes con sobrepeso y la aparición de la Preeclampsia (39), se considera oportuno señalar que la valoración nutricional de la madre se realizó al momento de su captación y no en el momento de la intervención.

Tabla V. Gestantes según color de piel.

Color de la piel	No	%
Blanca	14	42.4
Negra	9	27.2
Mestiza	10	30.4
Total	33	100.00

Fuente: historias clínicas obstétricas.

La tabla V muestra el color de la piel de las gestantes se evidencia que predominaron las gestantes de la raza blanca, seguido de las de la raza mestiza y luego las gestantes de la raza negra estudios recientes han demostrado que la raza negra por sí sola no constituye un factor detonante de las enfermedades hipertensivas gestacionales sin que estén en relación con otros factores como antecedentes personales y/o familiares de hipertensión crónica o hipertensión en gestaciones previas aunque la literatura así lo considera. Se considera que estos resultados pueden estar en relación con la mezcla de etnias.

Los resultados de nuestro estudio también concuerdan con los de Morgan y Morales los cuales realizaron un estudio en Chicago con gestantes de la población afro-americana concluyendo que de 200 gestantes estudiadas solo el 0,1 % desencadenó algún trastorno hipertensivo.

Tabla VI. Distribución de las embarazadas en relación con los conocimientos sobre hipertensión en la gestación antes de la intervención.

Conocimiento	No	%
Bueno	2	6.09
Regular	13	39.3
Malo	18	54.7
Total	33	100.00

Fuente: historias clínicas obstétricas

En la (tabla VI) se aprecia la distribución de las embarazadas en relación con los conocimientos observándose que 18 pacientes tenían un conocimiento malo de las mismas, representando un 54,7 % y en solo 2 de las gestantes el conocimiento era bueno, estos resultados coinciden con los planteados por Hernández Triana M donde predominó también los malos conocimientos.

En nuestro estudio se constataron como principales deficiencias un mal conocimiento sobre qué es la hipertensión en la gestación, cómo prevenirla y sus posibles complicaciones. Por lo que consideramos debemos seguir trabajando para lograr elevar los conocimientos en las pacientes.

Además a estos resultados se les puede adicionar, que el mayor porcentaje de nuestras embarazadas posee un nivel de escolaridad bajo, son adolescentes y en su mayoría amas de casa y estos son factores que pueden influir en la problemática en cuestión.

La educación sobre la enfermedad no se limita a la información sobre riesgos, posibles causas o lo que pueden y no pueden hacer, es necesario también enseñar acerca de valores, formas adecuadas de conducta y responsabilidad, para fomentar sentimientos y actitudes positivas hacia la vida tanto de la gestante como de su futuro bebé.

Tabla VI. Distribución de las embarazadas en relación con los conocimientos luego de aplicada la intervención.

Conocimiento	No	%
Bueno	29	87.9
Regular	4	12.1
Total	33	100.00

Fuente: historias clínicas obstétricas.

En la (tabla VI) se observa la distribución de las gestantes en relación con los conocimientos luego de aplicada la intervención, donde se evidencia que hay un predominio de un 87.9 % que tenían un buen conocimiento, coincidiendo con los resultados de Milhet Domínguez (40). No existen estudios que contradigan estos resultados luego de aplicado un programa u otras acciones de intervención educativa.

Los conocimientos por parte de las gestantes y familiares, sobre la hipertensión en la gestación son de gran ayuda para el profesional de la salud en el momento de hacer un diagnóstico, y adoptar una conducta terapéutica. De ahí la importancia de realizar estudios de intervención para aumentar la instrucción de las personas.

Es necesario que las gestantes conozcan las medidas preventivas, considerando los conocimientos, prácticas, actividades, creencias y costumbres de la misma, contribuyendo de esta manera a reducir la morbilidad como también las complicaciones de la hipertensión gestacional mediante actividades preventivas-promocionales dirigidas a las gestantes; mejorando de esta manera la calidad de vida de este grupo vulnerable.

La implementación de la intervención demuestra que logramos resultados positivos y que las embarazadas lograron favorecer sus conocimientos sobre este problema de salud, actuando así de forma preventiva y de esta forma evitando partos pretérminos, bajo peso al nacer, muertes maternas o fetales, entre otras complicaciones que se derivan de la hipertensión en la gestación, ya sea por su mal seguimiento, mal tratamiento o simplemente por irresponsabilidad, o en ocasiones por el pobre conocimiento de los riesgos a los cuales se exponen los pacientes.

Cuando una persona conoce las razones de por qué tiene que cambiar un hábito o un conocimiento erróneo, está en disposición de saber más sobre un tema y de cómo llevarlo adelante (SABER HACER), siempre y cuando seamos quien debe hacerle accesible la adquisición de conocimientos, de habilidades y destrezas necesarias para ello. Ahora bien; desde que se detecta un factor de riesgo que puede predisponer a que ocurra una hipertensión en la gestación en las pacientes, hasta que llegamos a la fase de aplicar un tratamiento, existen una serie de niveles en los que se divide este proceso complejo y que se van a mezclar; los cambios de actitudes, la incorporación de nueva información y la necesidad de elaborar alternativas por parte de la propia gestante. Se debe entender todo ello como un proceso intercomunicador y terapéutico, más no como un manejo de los recursos por parte del profesional que va a ser la clave en el progreso del paciente. Para ello como en toda actividad educativa que realicemos de manera individualizada deberemos tener presentes que la información sea adecuada, adaptada al nivel del paciente, progresiva, repetitiva continuada y con constancia escrita de lo que se vaya informando. Por lo que resulta un reto a enfrentar por los trabajadores de la salud. (41)

Conclusiones.

- Al culminar nuestra investigación predominó el grupo de edad entre 15-19 años, el nivel cultural secundario, las amas de casa y las gestantes normopeso de la raza blanca como principales características sociodemográficas.
- Al aplicar la encuesta nuestras gestantes mostraron un gran desconocimiento lo cual se revirtió una vez aplicada la intervención

Recomendaciones.

- Implementar el programa educativo en los demás consultorios del Policlínico Mario Muñoz.
- Generalizar el programa educativo aplicado a las gestantes del consultorio 29 del área de Santa Lucía a la otra área de salud del municipio (Fray Benito).

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS:

1. Wikipedia 2017 La historia de la hipertensión arterial.
2. Villar J, Say L, Shennan A, Lindheimer M, Duley L, Conde-Agudelo A, et al. Methodological and technical issues related to the diagnosis, screening, prevention, and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet* .2008; 85 Suppl 1:S28–41.
3. Carrillo Y Lama: Como alimentarnos mejor, Editorial Proyecto Comunitario Conservación de Alimentos, La Habana, 2007.
4. Hernández J, Terapéutica de la enfermedad hipertensiva de la gestación. Influencia en la morbilidad perinatal. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. 1999; 25(1): 51-4.
5. CorSalud 2014 Ene-Mar, 6(1)86-96. Sociedad cubana de Cardiología. Artículo de revisión. Consideraciones actuales acerca de la enfermedad hipertensiva del embarazo y el puerperio. Msc. Dr. Alain Cruz Portelles, Msc. Dr. Idaer M Batista Ojeda, Dr. Ernesto Medrano Montero y Dr. Alfredo Ledea Aguilera.
6. Hernández J, Terapéutica de la enfermedad hipertensiva de la gestación. Influencia en la morbilidad perinatal. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. 1999; 25(1): 51-4.
7. Sintés Álvarez MGI Tomo I Página 178 – 183, 2008.
8. Sintés Álvarez MGI Tomo II Página 105 – 107, 2008.
9. Rigol Obstetricia y Ginecología. Hipertensión en el Embarazo página 127 – 136. 2004
10. Fournier A, Frevet PM, Esper Y, Esper N, Vailant P, Gondoy J. Hypertension in pregnancy. Diagnosis, physiopathology and treatment. *Schweiz Med Wochenschr* 2007; 125(4):2273-8.
11. Saftlas AE, Olson DR, Frank AL, Atrash HK, Pokras R. Epidemiology in preeclampsia and eclampsia in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:460–5.
12. Margulies M, Zin C, Margulies ND, Voto LS. Non-invasive ambulatory blood pressure control in normotensive pregnant

13. Maynard SE, Min JY, Merchan J, Lim KH, Li J, Mondal S, et al. Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1(sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in preeclampsia. *J Clin Invest* 2003;111:649-58. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2000; 26(2):99-114.
- 14.. Gallery DE, Györy AZ. Urinary concentration, white blood count, acid excretion and acid-base status in normal pregnancy: alterations in PIH. *Am J Obstet Gynecol.* 36,1979.<http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap11.pdf> [consulta: 12 enero 2011].
15. Gant NF, Daley GI, Chand S, Whalley PJ, Mc Donald PC. A study of angiotensin II pressor response throughout primigravid pregnancy. *J Clin Invest* 1973; 52:2682–9. Sans Hernández J, Corra Marzo C, Toirac Lamarque A. Indicaciones y contraindicaciones anestésicas durante la cesárea de gestantes con toxemia leve o grave. *MEDISAN* 2009; 13(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san11209.htm> [consulta: 12 enero 2011].
16. Hanssens M, Keirse M, Spitz B, Van Assche FA. Angiotensin II levels in hypertensive and normotensive pregnancies . *Br. J Obstet Gynaecol.* 1991; 98:155-161...
17. Gant NF, Worley RJ. Hypertension in Pregnancy: Concepts and Management. Appleton-Century Crofts, 1982. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health.* 2004; 91(3): 436-40.
18. Davey DA, Mac Gillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Clin Exp*
19. Cunningham FG, Leveno Kenneth J, Bloom Steven L, Hauth John C. *Obstetricia de Williams.* 22 ed. México, DF: Mc Graw-Hill, 2004:647-92.

20. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro, JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008:534-6.
21. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(2):99-114.
22. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
<http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap11.pdf> [consulta: 12 enero 2011].
23. Hipertensión arterial. En: El manual Merck de diagnóstico y tratamiento 11 ed. Madrid: Elsevier, 2007:649-706.
24. Sans Hernández J, Corra Marzo C, Toirac Lamarque A. Indicaciones y contraindicaciones anestésicas durante la cesárea de gestantes con toxemia leve o grave. MEDISAN 2009; 13(2).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san11209.htm> [consulta: 12 enero 2011].
25. Belizán JM, Villar J. The relationship between calcium intake and edema, proteinuria and hypertension gestosis: a hypothesis. Am J Nutr 2007;33:2202-10.
26. Zeeman G, Decker G. Pathogenesis of pre eclampsia a hypothesis. Clin Obstetr Gynecol. 2005; 35(2): 317-37.
27. Veloso Mariño BM, Berroa BA, Mederos Ávila ME, Santiesteban Garrido I, Traba DN. Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. MEDISAN. 2011[citado 25 feb 2013]; 15(8): 1129-34. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800012&lng=es.
28. Torres Sánchez Y, Lardoeyt Ferrer R, Lardoeyt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con

hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cub Med Gen Integr. 2009 [citado 25 feb 2013];

29. Amarán Valverde JE, Sosa Zamora M, Pérez Pérez M, Arias Acosta D, Valverde Bravo I. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN. 2009 [citado 1 feb 2012]; 13(3).
30. Bolaños Ten M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, Bernardo MD. Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional. Arch Med Camagüey. 2010 [citado 25 feb 2013]; 14(5).
31. Menéndez del Dago, H. Embarazo en la adolescencia. En: La adolescencia. Sus conflictos La Habana, Editorial .Científico- Técnica. 1998. Pp. 90-4.
32. Vázquez Niebla, Dr. Juan C. Prevalencia de hipertension en la gestación en un Hospital Obstétrico de referencia de Ciudad de La Habana (Ramón González Coro). 2007: 43-48
33. Molina R.: "hipertensión vs gestación", serie Científico Médica 2, Centro de Extensión Biomédica, Faculta de Medicina, Univ. Chile, 2007.
- 34.. Valdés SD, Essien, J, Bardales JM, Saavedra DM, Bardales En: hipertensión en la gestación, riesgos y complicaciones. Disponible en URL: bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28-2-02/gin_04202.htm
- 35 Salomón AN. Desarrollo de la Ginecología en trastornos de la hipertensión. En: XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Abril. 27 al 30; Ciudad de La Habana, Cuba, 2004.
- 36 Lara Hauslaib BA. Información de salud para gestantes . Center for Young Women's Health Children's Hospital Boston [sitio en Internet]. 2004 [citado 4 Dic 2008]. Disponible en: www.youngwomenshealth.org/spvag.html
- 37 Heredia HB, Velazco A, Cutié LE, Álvarez B. Enfermedades hipertensivas y su relación con el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998; 24(1):28-33.
- 38 Torres Sánchez Y, Lardoeyt Ferrer R, Lardoeyt Ferrer M. Impacto de la creación de un programa de educación para la salud de los trastornos

hipertensivos de la gestación. Rev Cub Med Gen Integr. 2009 [citado 25 feb 2013]; 25(3). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864212520090003000008&lng=es.

39. Milhet Domínguez, Nivia et al. **Calidad en la aplicación de la estrategia contra hipertension gestacional**. MEDISAN, Jun 2011, vol.15, no.6, p.789-

40.Verdecía Carmenates D, Castillo Fernández FA, Lluch Bonet A, Morales López A. Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada. Rev Cub Enfer. 2009 [citado 25 feb 2013]; 25(1-2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100004&lng=es.

41.Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez JM, Díaz Pérez MC, Ramírez Robert R, et al. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. Rev Cub Obstet Ginecol. 2007 [citado 25 feb 2013]; 33(3). Disponible en:

Anexo 1

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÈDICAS
MARIANA GRAJALES COELLO
HOLGUÌN**

MUNICIPIO RAFAEL FREYRE

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo elevar el conocimiento sobre hipertensión en la gestación realizada por la Dra. Liliana Maura Driggs. Estoy dispuesto a participar en la Investigación, sabiendo que toda la información recogida será destinada con un fin científico

Se me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombres y Apellidos _____ Firma _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____

Anexo 2

Órgano del Poder Popular

Policlínico con Servicios de Hospitalización

“Mario Muñoz Monroy”

Rafael Freyre Torres

Holguín

Aval del Comité de Ética Médica

La Comisión de Ética de La Investigación del Policlínico con Servicios de Hospitalización Mario Muñoz Monroy del municipio Rafael Freyre Torres provincia Holguín, autorizamos a realizar la investigación Titulada: Intervención educativa sobre hipertensión en la gestación. Rafael Freyre septiembre 2017- abril 2018. Del autor Dra. Liliana Maura Driggs, que hasta ahora no tiene ninguna actividad donde se cometa ilegalidad ética contra ninguna institución o persona en lo general ni lo particular y el producto de ella se utilizarán exclusivamente con fines científicos y docentes.

Suidilberto Mayo Verdecía

Presidente de La Comisión de Ética de La Investigación

Anexo 3

Dirección Municipal de Salud Rafael Freyre
Consejo Científico Municipal
AVAL DEL Rafael Freyre

TRABAJO DE TERMINACION DE ESPECIALIDAD

En sesión ordinaria del consejo Científico Municipal efectuada el día 3 de abril de 2018 se presentó la solicitud de aval de la Investigación titulada: Intervención Educativa sobre Hipertensión en la gestación. Rafael Freyre. Septiembre 2017- Abril 2018. Dra. Liliana Maura Driggs. Una vez analizada la solicitud se aprobó otorgarle el aval por todos los presentes, lo cual fue recogido en el acuerdo No.16 del presente curso escolar, tomando en consideración los siguientes criterios:

- El Proyecto responde a los objetivos trazados por el Ministerio de salud Pública y dentro de los Programas priorizados.
- Responde al banco de problemas del Municipio y a un problema de salud Histórico en el Territorio.
- El diseño de la investigación es adecuado a los objetivos planteados en la misma y el documento presentado tiene una correcta planificación y control de las tareas a ejecutar.
- El investigador Principal y su equipo reúnen las características necesarias para la ejecución del trabajo
- El trabajo se elabora sobre la base de los recursos e instalaciones presentes en la comunidad, lo que posibilita su factibilidad. Acuerdo no 16. Aprobar el trabajo de terminación de Especialidad titulado: Intervención Educativa sobre Hipertensión en la gestación. Rafael Freyre. Septiembre 2017- abril 2018. Dra. Liliana Maura Driggs.

Dr. Israel Rolando Sánchez Montero
Presidente CCM Rafael Freyre Torres

Anexo 4

**Órgano del Poder Popular
Policlínico con Servicios de Hospitalización
“Mario Muñoz Monroy”
Rafael Freyre Torres
Holguín**

Encuesta a las Gestantes.

Estimada embarazada, el instrumento que a continuación se les entrega, tiene como objetivo conocer aquellos aspectos de la hipertensión en la gestación que pudieran resultar desconocidos para usted o talvez necesita se les profundice en determinados temas. De esta forma estará contribuyendo a evitar complicaciones para su embarazo y su futuro bebé, colaborando mejorar los indicadores a por este problema de salud. Aunque en el mismo hay un grupo de datos de tipo personal, es totalmente anónimo y sus resultados sólo se usarán con fines investigativos.

Le pedimos el máximo de colaboración y sinceridad pues de sus respuestas depende que podamos favorecer sus conocimientos sobre la temática abordada. Muchas gracias.

1. Edad: _____

2. Escolaridad Primaria____ Secundaria____ Pre Universitario____
Universitaria____

3. Ocupación:

_____ Estudiante _____ Trabajadora _____ Ama de casa

4. Tiempo de gestación _____ 1er Trimestre _____ 2do Trimestre _____ 3er Trimestre.

5. Número de partos. Ninguno____ Uno____ Dos____ Tres o más____

6. Antecedentes patológicos familiares de hipertensión en la gestación:

_____ Madre _____ Hermana.

7. Conoce ¿Qué es la hipertensión en la gestación? Sí____ No____

7.1 Si responde afirmativamente, señale con una X cual (es) considera que son los síntomas:

a) _____ Dolor precordial

b) _____ Ardor al orinar

c) _____ Dolor en el estomago

d) _____ Dolor de cabeza

e) _____ Visión borrosa

f) _____ Cifras elevadas de tensión arterial

g) _____ Aumento brusco y exagerado de peso

h) _____ Presencia de edemas (inflamación blanda en una parte del cuerpo)

i) _____ reseques bucal.

.

8. ¿Conoce usted los factores de riesgo de esta enfermedad?

SI _____ NO _____

8.1 De ser afirmativa su respuesta, señale con una X cuál (es) son estos factores:

a) _____ Peso muy Bajo

- b) ☐ Obesidad
- c) ☐ Desnutrición grave
- d) ☐ Primer embarazo
- e) ☐ Edad menor de 18 y mayor de 35 años
- f) ☐ Estrés
- g) ☐ Deficiencia de proteínas y vitaminas
- h) ☐ Tiempo de embarazo mayor de 20 semanas
- i) ☐ Antecedentes familiares de hipertensión
- j) ☐ Enfermedades crónicas asociadas
- k) ☐ Ingestión exagerada de sal

9. ¿Cómo se diagnostica la hipertensión en la gestación?

- a) ☐ Por exámenes de sangre
- b) ☐ Toma correcta de tensión arterial
- c) ☐ Por los factores de riesgo.

10. ¿Cuáles serían las medidas de prevención; seleccione la (s) respuesta correcta.

- a) ☐ consumir una dieta baja en sal y rica en frutas y vegetales.
- b) ☐ practicar ejercicios aerobios frecuentes
- c) ☐ aumentar un kilo semanal.

10. ¿Conoces las complicaciones de la hipertensión en la gestación?

- a) ☐ anemia
- b) ☐ convulsiones
- c) ☐ plaquetas bajas
- d) ☐ parto pretérmino

11. ¿Existe tratamiento para la hipertensión en la gestación? Si ☐ NO ☐

Si conoce algún método para tratarla menciónelo.

12. Marque con una x por qué medios usted ha recibido información sobre la hipertensión en la gestación.

☐ Obstetra

☐ Segunda opinión obstetricia

☐ Familia.

_____ Urólogo.

_____ Médico y enfermera de la familia.

_____ Por medio de difusión masiva

Anexo 5

CLAVE DE ENCUETA SOBRE EL CONOCIMEINTO HIPERTENSION EN LA GESTACION

No.	Temática	Respuesta correcta	Clave de calificación	Puntuación total
1	¿Qué es la hipertensión en la gestación?	Si	5 puntos la respuesta	5 puntos
1.1	Síntomas	Todos menos a ,b ,i	5 puntos cada respuesta	15 puntos
2	¿Conoce los factores de riesgo?	Si	5 puntos la respuesta	10 puntos
3	Factores de riesgo	B,c, d, e ,h ,i ,j ,k	2.5 puntos cada respuesta	20 puntos
4	Diagnóstico	A ,b)	5 puntos cada respuesta respuesta	10 puntos
5	Medidas de prevención	a), b)	5 puntos por cada respuesta	10 puntos
6	Complicaciones	B,c,d	5 puntos cada respuesta	15 puntos
7	Existe tratamiento para la hipertensión en la gestación	A, c, e)	5 puntos cada respuesta	15 puntos

PATRÓN DE APROBADO/DESAPROBADO

La paciente presenta un conocimiento:

BUENO_____ 90-100 puntos

REGULAR_____ 60-89 puntos

MALO_____ 0-59 puntos

Anexo 6

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVO

❖ **Título:** Programa de intervención educativa sobre hipertensión en la gestación en el CMF No 29 del área de salud Santa Lucía.

Total de horas: 5

Fundamentación: Los logros en el desempeño del Médico General requiere de un continuo perfeccionamiento en su función fundamental que es la prevención por lo que cada día en nuestro país se diseñan estrategias, algoritmos, cursos, talleres y programas con el objetivo de elevar los niveles de competencia y desempeño previstos en el diseño curricular, tanto en su rol asistencial, docente, investigativo, administrativo y en condiciones especiales, por ser estas funciones simultáneas en su práctica médica y por el presupuesto educacional de que este proceso tiene lugar en los escenarios propios de la Atención Primaria de Salud.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha planteado la necesidad de enfrentar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social.

Como guía fundamental de actuación tenemos el Programa de enfermedades crónicas no transmisibles que tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad y mortalidad por hipertensión en la gestación lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud.

Por lo que se considera necesario confeccionar un grupo de acciones para favorecer el conocimiento sobre hipertensión en la gestación y así evitar las posibles complicaciones que se deriva de ello aplicando el programa educativo que se diseñó.

El programa se sugiere aplicarlo en el consultorio No 29, una vez a la semana con una hora de duración aproximadamente y con la utilización de técnicas participativas de manera que se logre la interacción afectiva.

Las temáticas a desarrollar que se proponen están sobre la base de las insuficiencias identificadas a través del cuestionario aplicado y al concluir el programa educativo se les realizara un examen para evaluar el conocimiento adquirido durante este período.

Objetivos

General:

- ✓ Elevar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la hipertensión en la gestación por medio de una intervención educativa para motivar un cambio de conducta en este grupo vulnerable.

✓ Específicos:

- ✓ Definir el concepto de la hipertensión en la gestación
- ✓ Explicar los factores de riesgos
- ✓ Mencionar la sintomatología de la hipertensión en la gestación.
- ✓ Enunciar la forma diagnóstica de la hipertensión en la gestación.
- ✓ Explicar las medidas de prevención de la hipertensión en la gestación.

Tema	Título	Tiempo
1	Introducción al programa Educativo	1 hora
2	Hipertensión en la gestación. Concepto. Formas de presentación.	1 hora
3	Factores de riesgo de hipertensión en la gestación. Sintomatología. Complicaciones	1 hora
4	Diagnóstico y Prevención.	1 hora
5	Conclusiones	1 hora

Sesión 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- Motivar a la divulgación de los temas impartidos a amigos, vecinos u otras personas.

Actividades:

Introducción: Se realizó por parte de la autora la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: "Presentación Cruzada", esta consiste en: se le indicó al grupo que intercambiara información de pareja durante 3 ó 4 min. Luego cada miembro de cada pareja presenta en plenario a la otra integrante de la misma.

Actividad Principal: Se abordaron los temas relacionados con la investigación, se tuvo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó la encuesta inicial.

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

Tiempo: 1h

Método de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos y material mimeografiado.

Responsable: el autor.

Sesión 2

Tema: Hipertensión en la gestación. Concepto. Comportamiento. Formas de presentación.

Objetivos:

- 1- Explicar el concepto de la hipertensión en la gestación.
- 2- Explicar el comportamiento a nivel mundial, de país, municipio y de nuestro consultorio.
- 3- .explicar las formas de presentación.

Actividades:

Introducción: Para el desarrollo de esta sesión se sugiere aplicar una técnica participativa la cual consiste en dividir el grupo en equipos, se enumeran del 1 al 3 y de esta forma quedan conformados varios equipos, a todos se les entregarán un papel con una pregunta ¿Qué entiendes por

hipertensión en la gestación? Se les dará un tiempo de aproximadamente 10 min para que en equipo socialicen sus criterios y luego una representante expresará las consideraciones analizadas, así hasta que cada equipo exponga, esto le permitirá a la coordinadora introducir la definición del síndrome del flujo vaginal.

Actividad principal: Posteriormente se hará alusión a cómo se comporta esta patología a nivel mundial, en Cuba, el municipio y en el consultorio y se reflexionará acerca de las causas de la enfermedad. Se sugiere utilizar como medio de enseñanza una pizarra. Se motiva a las gestantes a participar en la próxima actividad.

Cierre: Se motiva a las gestantes a participar en la próxima actividad

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos, pizarra.

Responsable: el autor.

Sesión 3

Tema: Factores de riesgo de la hipertensión en la gestación. Sintomatología y complicaciones.

Objetivos: 1. Reflexionar sobre los diferentes factores de riesgo de hipertensión en la gestación.

2. Explicar la sintomatología de la patología en cuestión.

3. Orientar las complicaciones más frecuentes.

Actividades:

Introducción: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Se motiva a las gestantes a participar en la próxima actividad.

Actividad Principal: Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la coordinadora informa a las participantes los aspectos relacionados con la temática. Se procede a reflexionar sobre los diferentes factores de riesgo de hipertensión en la gestación y se explica la sintomatología que pueden presentarse ante la misma. Se aplica la técnica ¿Qué hago bien, qué hago mal? Y luego se orienta qué hacer ante la aparición de cualquier síntoma. Se

debate sobre el tema y se orientan las complicaciones más frecuentes, tanto para la madre como para su futuro hijo.

Cierre: Se motiva a las gestantes a participar en la próxima actividad

Tiempo: 1h

Métodos de enseñanza: Conferencia

Medios: Humanos, Pizarra

Responsable: el autor.

Sesión 4

Tema: Diagnóstico y prevención de la enfermedad hipertensiva de la gestación.

Objetivos:

- 1- Explicar cómo se realiza el diagnóstico y las principales medidas de prevención de la hipertensión en la gestación.

Actividades:

Introducción: Para lograr la motivación en este encuentro, se escogieron a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisieron relatar una fábula.

Actividad principal: Se les entregó a las gestantes, de forma mimeografiada una situación, que simuló un problema de salud, para que lo leyeran y analizaran, lo que se pretendía es que las gestantes pudieran reconocer las principales medidas para prevenir los factores de riesgo que inciden en la aparición y evolución de la hipertensión en la gestación. Posteriormente se realizó una exposición detallada de las conclusiones a las que arribaron. La técnica fue escrita 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 el cual enfatizó las principales medidas de prevención de hipertensión en la gestación.

Cierre: se aplicará una técnica de “Lo tienes tú”, se formó un círculo y se entregó a una de las participantes una pelota, que debían pasar al ritmo de la música. Al detenerse el sonido, quien tenía la pelota tuvo que explotarlo leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrigió en el grupo y se continuó jugando, hasta que se terminaron las preguntas. Se precisó cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1h

Medios de enseñanza: Clase práctica

Medios: Humanos, pelotas, grabadora, pizarra, tizas y material mimeografiado.

Responsable: el autor.

Sesión 5

Tema: Conclusiones.

Objetivos: 1.Evaluar la efectividad del programa educativo elaborado.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio de todos los temas anteriores y se aplica la técnica “Lluvia de Ideas”, a través de la cual se recogerán las opiniones sobre la capacitación recibida, posteriormente se aplicará el cuestionario confeccionado por el autor que recoge todos los temas abordados y que por supuesto con la clave que se confeccionó, nos permitirá hacer una valoración de la efectividad del programa propuesto.

Tiempo: 1h

Medios de enseñanza: Clase práctica

Medios: Humanos, pelotas, grabadora, pizarra, tizas y material mimeografiado.

Responsable:el autor.