

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

Policlínico Comunitario Docente Sur

**Intervención Comunitaria sobre los trastornos Hipertensivos del embarazo en
Gestantes del Policlínico Comunitario Sur 2013.**

Dra. María Felicia García Tejeda

2013

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

Policlínico Comunitario Docente Sur

Intervención comunitaria sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes del Policlínico Comunitario Sur 2013.

Trabajo de terminación de la especialidad para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Autor: Dra. María Felicia García Tejeda

Aspirante a la Especialidad de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Jorge Luis Torres Martínez

Especialista de primer grado en Medicina General Integral

2013

AGRADECIMIENTOS.

“Mi inmensa gratitud a esta revolución y al comandante Fidel Castro Ruz, que me brindó la oportunidad de realizarme como profesional de la medicina, con una gran formación de humanidad y justicia.

Especial agradecimiento a la Dr. Jorge Luis Torres Martínez por tenerme presente como parte de su proyecto de investigación y por su disponibilidad incondicional brindada durante mi trabajo de tesis“.

DEDICATORIA.

A mi familia, ya que gracias a su sacrificio he logrado realizar mi carrera, quienes sin importar las distancias me han brindado su apoyo incondicional y todo su amor.

Quienes me recuerdan cada día que se puede comenzar de nuevo y me incentivan a sembrar las semillas de mis sueños.

PENSAMIENTO.

Si tuviera el privilegio de vivir otra vez mi propia vida, muchas cosas haría diferentes de cómo las haría hasta hoy. Pero puedo asegurarles que toda mi vida lucharía con idéntica pasión por los mismos objetivos por los que he luchado hasta hoy.

Fidel Castro.

RESUMEN:

Se realizó una intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes del municipio de Ciego de Ávila, área de salud Sur. El problema tratado fue: La Hipertensión Gestacional. El término de hipertensión en el embarazo abarca una gran variedad de condiciones en las cuales la presión sanguínea varía enormemente. El objetivo general cumplido estuvo relacionado con la modificación del nivel de conocimientos de un grupo de gestantes sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en un área del policlínico Sur. Los métodos y técnicas utilizados fueron: encuestas, entrevistas y estrategia de capacitación positiva. Los resultados más significativos estuvieron vinculados con la modificación del nivel de conocimientos de un grupo de gestantes sobre los trastornos hipertensivos del embarazo.

Palabra Clave: Hipertensión en el embarazo

ÍNDICE.	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	4
Marco teórico.....	5
Material y método.....	17
Análisis y discusión de los resultados.....	21
Conclusiones.....	25
Recomendaciones.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos.....	33

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hipertensiva durante el embarazo es conocida desde la antigüedad. En Europa es llamada Gestosis, en Norteamérica la escuela anglosajona la llamó Toxemia del embarazo, término que definitivamente va quedando en desuso. Chesley, en Estados Unidos y Beller en Europa, emplean el nombre de Trastorno Hipertensivo del Embarazo. Se trata por tanto de una enfermedad aguda sistémica de la gestación, que aparece alrededor o después de las 20 semanas de embarazo, durante el parto o en las primeras 72 horas del puerperio, a excepción de cuando acompaña a la enfermedad trofoblástica o al embarazo múltiple. (1)

El término Eclampsia fue descrito por Hipócrates (700 a.n.e); este sabio padre de la Medicina solo con su inteligencia, oídos, la palpación manual y la observación describió esta enfermedad eclampsia (tormenta en un cielo azul y tranquilo), es decir, apreció en una gestante que, aparentemente, evolucionaba normal, la posibilidad de una “tormenta” de signos, síntomas y gravedad que podían dar al traste con su vida y la de su bebé.

Aún se desconoce ciertamente la etiología de la preeclampsia, sin embargo, en los últimos años se han producido avances respecto a su patogenia, detección temprana y prevención potencial, específicamente gracias a los equipos de ultrasonografía con sistema Doppler que han permitido estudiar las hemodinámicas maternas y fetal durante la enfermedad, así como realizar su diagnóstico en etapas tempranas del embarazo. Sin embargo, la prevención de la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), en la actualidad, es un difícil problema y todavía no existe un método completamente satisfactorio para evitar el desarrollo de la enigmática enfermedad. (2)

Cabe deducir que la enfermedad hipertensiva gravídica es de causa multifactorial, con un terreno predispuesto y que frente a determinados

factores de riesgo aparecerá la hipertensión, ante la cual, cada embarazada responderá con su idiosincrasia propia. (3)

La enfermedad hipertensiva durante el embarazo forma parte, mundialmente, de las seis primeras causas de muerte materna. Es la primera causa de muerte fetal intraútero y muerte neonatal e infantil, ya sea promoviendo el parto pretérmino, el crecimiento intrauterino restringido y el bajo peso al nacer. En Cuba, el estudio y la investigación de esta entidad forman parte de la temática priorizada por el Comité Nacional de Investigaciones en Salud de la República de Cuba (CONIS). Ha sido denominada la enfermedad de las teorías, entre las cuales se señalan la placentación anormal, disfunción neurológica, inmunocomplejos en la placenta y otros órganos, metabolismo anormal de las prostaglandinas, daño endotelial, factores citotóxicos contra las células endoteliales, predisposición genética, vasoespasmo. Pero en la práctica actual no se ha llegado a un consenso único sobre la causa que la provoca. (4)

Dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo los más comunes son la preeclampsia y la eclampsia. La preeclampsia es una enfermedad exclusiva de la gestación humana, que conlleva a morbimortalidad perinatal elevada, y que se caracteriza por el aumento de la presión arterial y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo. Se presenta en todas las poblaciones con una incidencia general que varía entre el 5 y el 7 %; sin embargo, diferencias geográficas, socioeconómicas y raciales hacen que su frecuencia en algunas áreas sea 3 veces mayor que en otras. (5,1)

En países desarrollados la eclampsia es rara, afecta alrededor de 1 cada 2 000 partos, mientras que en los países en vías de desarrollo esta cifra varía desde 1 en 100 a 1 en 1 700. Alrededor del mundo un estimado de 600 000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con la preeclampsia, un 99 % de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo.

A pesar de que ha sido estudiado este tema de la hipertensión en el embarazo con múltiples enfoques y en diferentes países, aún, continúa

ofreciendo numerosas incógnitas derivadas de la falta de conocimiento de los mecanismos patogénicos implicados. Investigaciones realizadas en Cuba (Gómez 2000, Vázquez 2010) demuestran que la enfermedad hipertensiva gravídica en nuestro país tiene un comportamiento ascendente, constituyendo un importante problema de salud a investigar. Se realizó un estudio de 64 pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo en el año 1997, donde fueron analizados los principales factores epidemiológicos. La preeclampsia leve representó el 6,1 % del total de pacientes con hipertensión inducida por el embarazo (HIE). Del total de pacientes hipertensas hubo 61,1 % con factores de riesgo y de ellos, la obesidad ocupó el primer lugar (54,5 %). La mayoría de las pacientes con HIE fueron adolescentes (85,7) y el 64,9 %, nulíparas. Además se demostró que el 52,8 % de las HIE se diagnosticaron después de las 34 semanas. (6,1)

Teniendo todo lo anterior en cuenta nuestro proyecto intenta darle solución al siguiente problema de investigación: Las gestantes del municipio Ciego de Ávila tienen poco conocimiento sobre trastornos hipertensivos en el embarazo. Lo novedoso del trabajo consistirá en una caracterización integral de las causas que inciden y prevalecen en los trastornos hipertensivos del embarazo. En general y el municipio en particular, se han identificado casos, a través del Programa de Atención Materno Infantil, de fallecimiento por preeclampsia-eclampsia y alrededor de un 30% de prematuridad por dicha entidad a causa del poco conocimiento del tema. (7)

Y como hipótesis se planteó: La aplicación de una estrategia de intervención comunitaria vinculada a los trastornos hipertensivos en el embarazo, podrá aumentar el nivel de conocimiento sobre el tema en gestantes de un área del Policlínico Universitario Sur.

OBJETIVO GENERAL:

Modificar positivamente el nivel de conocimientos de un grupo de gestantes en un área del Policlínico Comunitario Sur sobre los trastornos

hipertensivos del embarazo en el periodo comprendido desde Septiembre del 2012 hasta Agosto del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas.**
- 2. Identificar el nivel de conocimiento inicial que poseen las gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en un área del Policlínico Comunitario Sur.**
- 3. Diseñar y validar una estrategia de capacitación sobre la base del diagnóstico realizado.**
- 4. Evaluar la modificación del nivel de conocimiento una vez realizado el programa de capacitación.**

MARCO TEÓRICO

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor repercusión en la salud materno-fetal. Suponen uno de los motivos de consulta más importantes en las unidades de alto riesgo, siendo la primera causa de morbi-mortalidad materno fetal con una incidencia a nivel mundial del 1 al 10% según los distintos países. Sin embargo, según datos recientes, la incidencia en la población española es de un 1.2%.

Aproximadamente, sólo el 20% de las pacientes que consultan por hipertensión presentaran criterios de preeclampsia, mientras que el resto serán clasificadas como hipertensión gestacional: En estudios realizados se obtuvo como resultado que la hipertensión crónica y con preeclampsia sobreañadida son las más frecuentes. Del total de pacientes hipertensas más del 50 % tienen factores de riesgo y de ellos, los antecedentes patológicos familiares y la obesidad ocupan los primeros lugares. La mayoría de las pacientes con preeclampsia son adolescentes y nulíparas por lo que se debe insistir en la identificación de factores de riesgo que conlleven a desencadenar esta enfermedad así como en el autocuidado de estas pacientes. (8)

Se considera que existe hipertensión arterial cuando se encuentran cifras tensionales de 140/90 mmHg o más en tomas consecutivas con un intervalo de 6 horas o en tres tomas aisladas después de permanecer en un ambiente tranquilo, sentada durante 5 minutos, no debe haber fumado o ingerido café por lo menos 30 minutos antes, con la vejiga urinaria evacuada, en pacientes con 18 años o más; cifras igual o mayor de 138/88 en pacientes entre 16 y 17 años tomadas en iguales condiciones o 136/86 en pacientes entre 13 y 15 años . (9)

Su diagnóstico se hace además al comprobar un incremento mayor de 30 mmHg de la presión arterial sistólica y/o mayor de 15 mmHg de la presión arterial diastólica con respecto a los valores previos al embarazo; así mismo

cuando la tensión arterial media es mayor o igual a 90 mmHg en el primer y segundo trimestre y mayor o igual a 95 mmHg en el tercer trimestre o mayor de 20 mmHg de la tensión arterial media basal.

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) define la hipertensión arterial de la siguiente forma:

- Una presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmhg, en una toma aislada.
- Una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmhg, en dos tomas diferentes con un intervalo de cuatro horas o más. (10)

Hipertensión en el embarazo: Clasificación, clínica y paraclínica

Su clasificación y caracterización clínica y paraclínica imprescindible, propuesta por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) -en 1990-, fue ratificada por el Instituto Nacional de Salud (NIH) -en 2000- y mantiene, actualmente, plena vigencia. (11,12)

1. Hipertensión inducida por el embarazo

- ❖ Preeclampsia leve
- ❖ Preeclampsia grave
- ❖ Eclampsia

2. Hipertensión crónica asociada al embarazo.

3. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida.

4. Hipertensión gestacional: transitoria o tardía.

5. Alteraciones hipertensivas no clasificables

Los factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia han sido clasificados o divididos de diferente manera por varios autores. Así, Serrano y otros los dividen en genéticos y medioambientales, mientras que Contreras y otros en preconcepcionales o crónicos y vinculados con el embarazo. En otros estudios epidemiológicos se ha encontrado que son clasificados en

modificables y no modificables, visión que pudiera ser más operativa y práctica, ya que acepta o da la opción de cambiar algunos de ellos, en este caso, los que se consideran modificables. También se acepta la división en placentarios y maternos. (13)

Factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia:

1. Maternos:

Preconcepcionales:

- Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años.
- Historia personal de preeclampsia-eclampsia (en embarazos anteriores).
- Presencia de algunas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad, Diabetes Mellitus, resistencia a la insulina, enfermedad renal, síndrome antifosfolípido primario (anticuerpos antifosfolípidos) y otras enfermedades autoinmunes.

Relacionados con la gestación en curso:

- Primigravidez o embarazo de un nuevo compañero sexual.
- Sobredistención uterina (embarazo gemelar y polihidramnios).
- Embarazo molar en nulípara.

2. Ambientales:

- Malnutrición por defecto o por exceso.
- Escasa ingesta de calcio previa y durante la gestación.
- Hipomagnesemia y deficiencias de zinc y selenio.
- Alcoholismo durante el embarazo.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Cuidados prenatales deficientes.
- Estrés crónico.

Los factores de riesgo de hipertensión arterial son:

1. Antecedentes familiares de hipertensión arterial.

2. **Multiparidad**
3. **Obesidad**
4. **Antecedentes de hipertensión arterial en embarazo previo.**
5. **Pielonefritis crónica y Diabetes Mellitus.**
6. **Edad avanzada (35 años o más).**
7. **Presión arterial media mayor o igual que 90 mmhg en la primera mitad del embarazo o una tensión arterial de 120/80 mmhg en ese momento.**
(14,15)

Edad materna: para algunos autores las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una preeclampsia se duplica. En Cuba, esto ha sido precisado por Lugo y otros. Múltiples conjeturas han tratado de explicar este riesgo incrementado. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la enfermedad. (16,4)

Historia familiar de preeclampsia: en estudios familiares observacionales y descriptivos se ha encontrado un incremento del riesgo de padecer una preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron la enfermedad durante su gestación. Se plantea que las familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido una preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. Igualmente, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de dicha entidad. Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de la preeclampsia - eclampsia como una enfermedad compleja,

en la que los factores genéticos que contribuyen a su origen, y que suelen ser múltiples, interactuarían de la forma siguiente entre ellos y con el ambiente: 2 o más genes entre sí (herencia poligénica), o 2 o más genes con diferentes factores medioambientales (herencia multifactorial), y donde la heterogeneidad genética del individuo determinaría diferentes respuestas a un factor externo. (17)

Historia personal de preeclampsia: se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron una preeclampsia durante un embarazo anterior sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. Méndez y otros hallaron en su estudio de 56 gestantes hipertensas que el 31 % tenía el antecedente de haber sufrido una preeclampsia durante el embarazo anterior. (18)

Presencia de algunas enfermedades crónicas

Hipertensión arterial crónica: es conocido que un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente y que en la medida en que es mayor la tensión arterial pregestacional, mayor es el riesgo de padecer una preeclampsia. La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la enfermedad. (19)

Obesidad: la obesidad, por un lado, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la tensión arterial.

Diabetes mellitus: en la diabetes mellitus pregestacional puede existir microangiopatía y generalmente hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión útero - placentaria y favorecer el surgimiento de la preeclampsia, que es 10 veces más frecuente

en las pacientes que padecen esta enfermedad. También se ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia con la misma, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho. (20)

Enfermedad renal crónica (nefropatías): las nefropatías, algunas de las cuales ya quedan contempladas dentro de procesos morbosos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis), pueden favorecer por diferentes mecanismos el surgimiento de una preeclampsia- eclampsia. En los casos de la nefropatía diabética y la hipertensiva, puede producirse una placentación anormal, dado que conjuntamente con los vasos renales están afectados los de todo el organismo, incluidos los uterinos. (21)

Factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso

Primigravidez o embarazo de nuevo compañero sexual: esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de este planteamiento, siendo en las primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas. La unidad fetoplacentaria contiene antígenos paternos que son extraños para la madre huésped, y que se supone sean los responsables de desencadenar todo el proceso inmunológico que provocaría el daño vascular, causante directo de la aparición de la enfermedad. (22)

Se ha comprobado, asimismo, que la escasa duración de la cohabitación sexual es un determinante importante del surgimiento de la enfermedad. En varios estudios ya se ha demostrado que tanto en las primigestas como en las multíparas, la mayor duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tiene una relación inversa con la incidencia de preeclampsia-eclampsia. Por el contrario, la modificación de la paternidad o un breve período de exposición a los espermatozoides del compañero sexual, se han relacionado con un incremento sustancial del riesgo de padecer la enfermedad, y lo mismo sucede con los embarazos ocurridos por inseminación artificial heteróloga o por donación de ovocitos. (23)

Sobredistensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios) tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica. Así, se ha informado que la preeclampsia-eclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo. (24,13)

Embarazo molar: la frecuencia de preeclampsia-eclampsia es 10 veces superior en estos casos a la encontrada en el embarazo normal. Durante el embarazo molar se produce un mayor y más rápido crecimiento del útero, lo que genera distensión brusca del miometrio, con el consiguiente aumento del tono uterino, disminución del flujo sanguíneo placentario e hipoxia que, como ya se comentó, está vinculada con la aparición de la enfermedad. (25)

Factores de riesgo ambientales

Malnutrición por defecto o por exceso: se ha visto que, con frecuencia, la malnutrición por defecto se asocia con la preeclampsia. La justificación de este hecho es compleja. La desnutrición se acompaña generalmente de anemia, lo cual significa un déficit en la captación y transporte de oxígeno, que puede ocasionar la hipoxia del trofoblasto. Por otro lado, en la desnutrición también existe deficiencia de varios micronutrientes, como calcio, magnesio, zinc, selenio y ácido fólico, cuya falta o disminución se ha relacionado con la aparición de la enfermedad. (26)

Escasa ingesta de calcio: estudios epidemiológicos en mujeres embarazadas encuentran una relación inversa entre el calcio ingerido en la dieta y la hipertensión inducida por el embarazo. La disminución del calcio extracelular conlleva, a través de mecanismos reguladores, al aumento del calcio intracelular, lo que produce una elevación de la reactividad y una disminución de la refractariedad a los vasopresores; entonces, la noradrenalina actúa sobre los receptores alfa y produce vasoconstricción y aumento de la Tensión Arterial (TA). Con la disminución del calcio plasmático, disminuye también la síntesis de prostaglandina I₂

(prostaciclina), que es un vasodilatador. En esencia, la hipocalcemia en el líquido extracelular despolariza las membranas de las células nerviosas y musculares, y aumenta la producción de potenciales de acción. (27)

Hipomagnesemia: la disminución del magnesio debido a su función reguladora del calcio intracelular, del tono vascular central y de la conductividad nerviosa, también se considera un factor precipitante de la hipertensión durante la gestación, lo cual ha sido informado por Dawson y otros. (28)

La literatura médica destaca que las mujeres más jóvenes y a su vez nulíparas, son las que más influyen en los trastornos hipertensivos de la gestación, lo que permite aceptar las teorías hereditarias, inmunológicas, y otras. Que se interpreta fundamentalmente por una mayor resistencia del músculo uterino y una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación, mientras que la mujer mayor de 35 años, sumándosele la multiparidad, que sufre desgastes a causa de la edad, con la consiguiente arteriosclerosis que compromete el aporte sanguíneo adecuado en un nuevo embarazo, establece una insuficiencia circulatoria con isquemia útero-placentaria. (29)

Sawaoski López y col. en su estudio encuentran una mayor relación de dependencia en las menores de 18 años para la preeclampsia y en las mayores de 35 años para la hipertensión crónica y preeclampsia. (30)

En nuestro país, en la Encuesta de Riesgo Obstétrico 1981, se encontró una disminución de 12 a 8 % en la incidencia de preeclampsia y fueron los principales grupos de riesgo las nulíparas, las pacientes de 16 o menos años, las obesas, las hipertensas crónicas y con antecedentes familiares de preeclampsia. Esta disminución en la incidencia de la enfermedad está en relación con una atención prenatal temprana y adecuada basada en la identificación de los factores de riesgo. (31)

Se ha observado que en mujeres nulíparas que fueron sensibles a la angiotensina II y que presentaron hipertensión, también habían tenido un

aumento de la tensión arterial diastólica de 20 mmhg o más cuando se cambiaban de la posición lateral a la posición supina (Roll-Over-Test) por lo que algunos autores afirman que la enfermedad es susceptible a ser identificada varias semanas antes de la aparición de los síntomas clínicos. En 1980 se describió por primera vez la relación inversa que existe entre la ingesta de calcio y los trastornos hipertensivos, sobre la base de la observación de la alimentación de los mayas de Guatemala y un estudio realizado en Etiopía enunció los posibles mecanismos de acción de la suplementación de calcio en la reducción de la hormona paratiroidea y del calcio intracelular, disminuyendo la contractilidad del músculo liso, aunque también pudiera tener un efecto indirecto al aumentar los niveles de magnesio. (32)

En la actualidad aún se mantiene el reto científico de determinar con certeza un marcador definitivo que permita conocer qué pacientes van a evolucionar en su gestación a la preeclampsia-eclampsia. (33)

En relación con la administración preventiva de dosis bajas de aspirina (ácido acetilsalicílico [ASA]) en las gestantes de riesgo de preeclampsia. Es conocido que, inmediatamente después de ingerir unos 100 mg de ASA, se bloquea tanto la prostaciclina como el tromboxano A₂, pero después de la segunda hora se suprimen únicamente los efectos vasoconstrictores, agregante plaquetario del tromboxano A₂ y los efectos se mantienen por el resto de las 24 h de la prostaciclina vasodilatadores y desagregante plaquetarios. En un evento de gineco-obstetras franceses y cubanos, en el año 2002, se determinó continuar la administración de ASA prenatal en las gestantes de riesgo.

La única intervención en pacientes de alto riesgo de preeclampsia es la administración de AAS a dosis de 100 mg/día por la noche a partir de la 12 semanas y hasta el final de la gestación. Esta conducta podría comportar una reducción del 14 % reincidencia en preeclampsia del 21 % de la tasa de mortalidad perinatal. (34)

La terapéutica debe estar enfocada sobre la base de las consideraciones siguientes:

- **Disminuir las pérdidas del producto de la concepción por abortos, muertes fetales intraútero, prematurez y CIUR.**
- **Evitar la hipertensión acelerada o maligna y la preeclampsia sobreañadida.**
- **Frenar la evolución de la aterosclerosis en los casos crónicos.**
- **Reducir los efectos adversos de la hipertensión arterial, en las diferentes etapas del desarrollo y crecimiento fetal y neonatal, no dejando llegar al postérmino y en casos específicos es necesario y consecuente un parto pretérmino, cuando las condiciones fetales no sean las mejores intraútero.**
- **Todas las gestantes hipertensas requieren de cuidados especiales prenatales utilizando las técnicas paraclínicas del bienestar fetal. (35)**

La prevención de la preeclampsia sigue siendo una meta valiosa y para lograrla se necesitan reorientar las investigaciones a los períodos preconcepcional y periconcepcional, es necesario un mayor conocimiento de su fisiopatogenia y la aceptación de que la preeclampsia es algo más que una simple hipertensión.

Si el diagnóstico de preeclampsia se sospecha debe indicarse la hospitalización de inmediato. La intensidad del proceso patológico por lo común se basa en las mediciones de presión arterial y la proteinuria, y se clasifica sobre bases clínicas en leve o grave. Los progresos en el conocimiento de formas atípicas de preeclampsia con hipertensión mínima o ausente obligan a la evaluación del estado de la madre y el feto y detección de las posibles anormalidades de la hemostasia con disfunción de múltiples órganos. (36)

Las acciones de salud dirigidas a modificar factores de riesgo tales como el embarazo en edades tempranas o tardías de la vida, obesidad, enfermedad

materna (riesgo preconcepcional) o la modificación de factores de riesgos durante el embarazo tales como el aumento de peso de más de 1 Kg. semanal en el tercer trimestre, o los edemas de aparición brusca, pueden contribuir a una disminución de la incidencia de la enfermedad. (37)

El uso de fármacos antihipertensivos en las mujeres con hipertensión preexistente que se embarazan adquiere matices diferentes en cuanto a la relación riesgo-beneficio, porque tratándose de mujeres jóvenes, por lo general con un bajo riesgo cardiovascular global, el riesgo de complicaciones debidas a la hipertensión durante el breve período del embarazo es muy bajo, mientras que la reducción de la presión arterial puede comprometer el flujo sanguíneo útero-placentario y comprometer, por lo tanto, el crecimiento intrauterino. Por otro lado, existen pocas evidencias científicamente sólidas que hayan evaluado la seguridad y la necesidad del tratamiento de la hipertensión leve durante el embarazo. (38)

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de investigación: estudio pre-experimental de tipo antes y después. Universo: 146 gestantes .Muestra: 100, se excluyeron 46 gestantes. Variables evaluadas: edad, nivel de escolaridad, nivel de conocimiento, concepto de Hipertensión en el Embarazo, cuadro clínico, factores de riesgo y profilaxis. Se trabajó con la población de embarazadas de 15 consultorios del área Sur del municipio Ciego de Ávila. Los consultorios se seleccionaron por muestreo aleatorio simple. El universo del estudio estuvo constituido por todas las gestantes que se captaron a partir del 1ro de julio del 2012 y hasta el 31 de marzo del 2013 con las cuales se trabajo por un término de tres meses a las mismas se les aplicó un cuestionario realizado a los efectos de la investigación y avalado por expertos. Este instrumento se aplicó durante el mes de abril del año 2013. Después de la pre prueba se validó e impartió el programa ([Anexo 3](#)) por parte del autor de la intervención comunitaria. Estuvo estructurada en 10 sesiones de 50 minutos de duración cada una, impartándose al grupo de participantes, en un local del policlínico habilitado para la actividad en los que se ofreció la información actualizada. Inmediatamente se aplicó el cuestionario post prueba donde se pudo evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por las gestantes después de la intervención comunitaria. Para ello se emplearon los métodos de la estadística descriptiva. Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. El procesamiento de la información se realizó en una computadora Pentium con ambiente de Windows XP, se utilizó el Microsoft Excel del paquete de Office 2003 para los cálculos matemáticos. Los resultados fueron tabulados para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen, también se calculó la prueba de Mc Nemar basada en

la distribución Chi cuadrado (X^2) a algunas tablas de contingencia 2x2 para variables dicotómicas y muestras relacionadas.

Criterios de Inclusión:

1. Todas las gestantes que se captaron en los 15 consultorios del área de salud Sur.
2. Consentimiento informado de las gestantes
3. Criterios de exclusión:
4. 1-Gestantes con la condición de Retraso Mental.
5. Criterios de salida:
6. 1-Embarazadas que aborten.
7. 2-Embarazadas que salgan del municipio o deseen abandonar la investigación.

LOS MÉTODOS APLICADOS:

Métodos del nivel teórico:

- **Análisis – síntesis:** Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico – lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la enfermedad.
- **Inductivo – deductivo:** Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada en la misma.

Se emplearon los siguientes sistemas de métodos:

Métodos empíricos:

La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así poder aplicar una estrategia eficaz que logre resolver el objetivo general de la investigación.

Métodos estadísticos:

Se aplicó el análisis porcentual de los resultados los cuales se presentan en tablas diseñadas al efecto, en las que se resume la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado; se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Operacionalización de las variables.

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de edades	Cuantitativa continua.	Hasta 20 años De 21 a 35 años Más de 35 años	Edad en años cumplidos según carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Según nivel de escolaridad vencido	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario	Número y Porcentaje según grupo de pertenencia

Secuencia de trabajo:

- ❖ Caracterización de la muestra según algunas variables sociodemográficas.

- ❖ **Identificación del nivel de conocimiento inicial que poseen las gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en un área del Policlínico Universitario Sur.**
- ❖ **Diseño y validación de una estrategia de capacitación sobre la base del diagnóstico realizado.**
- ❖ **Evaluación de la modificación del nivel de conocimiento una vez realizado el programa de capacitación.**
- ❖ **Realización del informe final.**

Los resultados fueron evaluados de:

Nivel de conocimientos adecuados: Si el 50 % o más presentaban cambios satisfactorios a nivel de identificación de concepto, factores de riesgo, cuadro clínico y profilaxis de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Mejorado: Si menos del 50 % no identifica concepto, factores de riesgo, cuadro clínico y profilaxis de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Los resultados más significativos se describen a continuación.

Intervención comunitaria sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes del Policlínico Comunitario Sur.

Tabla 1. gestantes del policlínico área sur según grupos de edades

Grupos de edades	No.	%
Hasta 20 años	10	10
De 21 a 35 años	75	75
Más de 35 años	15	15
Total	100	100

Fuente: encuestas.

En la tabla se puede apreciar que el universo de estudio quedó constituido por 100 gestantes representando el 100%, distribuida por edad, observando un mayor número de participantes de 21 años a 35 años.

Dentro de las gestantes captadas predominan aquellas con nivel de escolaridad pre-Universitario y con vinculo laboral (trabajadoras)

Tabla No. 2: Nivel de conocimiento sobre el concepto de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	40	40	55	55
Inadecuado	60	60	45	45
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Porciento en fila.

En esta tabla se puede apreciar que el nivel de conocimiento sobre el concepto de trastornos hipertensivos en el embarazo antes de la intervención educativa fue de un 40%, insuficiente, escasa y limitada pues

no pudieron identificar las cifras tensionales que establecen la Hipertensión gestacional.

Después de la intervención educativa, se pudo estimar que el 55% de la muestra enalteció sus conocimientos, resultado que reafirma la importancia de esta.

Estudios realizados en el Hospital Gineco-Obstétrico Dr. Eusebio Hernández. Municipio Marianao. Septiembre/2004-Febrero/2005, se corresponden sus resultados con los nuestros, observando que un 49.42% tenían un nivel de conocimientos adecuado antes de la intervención educativa, después de aplicada la estrategia se elevó el nivel de conocimientos en un 89%. (2).

Tabla No. 3: Nivel de conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	25	25	80	80
Inadecuado	75	75	20	20
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Porciento en fila.

En esta tabla se puede apreciar que el nivel de conocimientos que poseen las gestantes sobre los síntomas de la enfermedad es pobre e incierto antes de la intervención, se concretaba en un 25%. No tienen la percepción del cuadro clínico que caracteriza la enfermedad. Fundamentos similares a los referidos por la Dra. Mayelin Vidal Rodríguez perteneciente al municipio de Ciro Redondo en el año 2005-2006, pero en este caso se consideró de un 75% el nivel de conocimientos inadecuados. (3).

Podemos observar que la intervención fue efectiva, donde un 80% logró elevar su nivel de conocimientos, solo en un 20% no se logró exaltar sus comprensiones a cerca del tema tratado.

Tabla No. 4: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la HTA en el embarazo.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	10	10	80	80
Inadecuado	90	90	20	20
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Porciento en fila.

En esta tabla se logra estimar que el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de la HTA en el embarazo antes de la intervención era errado, dudoso e inseguro representado por un 10%. Pues no conocen las situaciones que pueden llegar a desencadenar la enfermedad. Luego de la intromisión en el tema se logró el objetivo propuesto en un 80%, solo un 20% persistía con un conocimiento inadecuado. Análogos resultados se apreciaron en el Hospital Gineco-Obstétrico Dr. Eusebio Hernández del Municipio de Marianao en el año 2004- 2005, donde un 19.54% se mantenía con un conocimiento inadecuado después de la intervención. (2).

Tabla No. 5: Nivel de conocimiento sobre la profilaxis de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	15	15	90	90
Inadecuado	75	75	10	10
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Porciento en fila.

A pesar de incuestionables logros del Programa de Atención Materno Infantil en el área, las limitaciones al respecto aún existen, una de ellas lo constituye el poco conocimiento sobre la aplicación de medidas encaminadas a disminuir el número de gestantes con Hipertensión gestacional. En el trabajo se puede apreciar que antes de la intervención

solamente tenían un conocimiento adecuado un 15% de la muestra, existiendo un predominio del inadecuado con cifras de un 75%.

Tabla No.6: Nivel de conocimiento general de la totalidad de la muestra sobre la HTA en el embarazo

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	20	20	92	92
Inadecuado	80	80	8	6.8
Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Porciento en fila.

Los datos revelan las insuficientes acciones de promoción de salud realizadas con este grupo de gestantes hasta el momento de aplicar el cuestionario inicial. Se puede observar que después de la intervención educativa se elevó el nivel de conocimientos del 92% de las gestantes del estudio. Considerándolo satisfactorio al lograr los objetivos propuestos.

CONCLUSIONES

Con la realización de la intervención comunitaria se logró elevar el nivel de conocimiento general sobre los trastornos hipertensivos del embarazo en relación con los siguientes aspectos: concepto de la HTA en el embarazo, conocimiento sobre los factores de riesgo de la HTA en el embarazo. Conocimiento sobre cuadro clínico de la enfermedad y uso de métodos profilácticos en la enfermedad.

RECOMENDACIONES.

Se sugiere a la dirección municipal de salud, extender la aplicación de esta estrategia de intervención comunitaria a los demás áreas de salud donde se registra un alto índice de gestantes con Hipertensión en el Embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lloret G. Lloret M. Acien. Análisis de algunos aspectos epidemiológicos y factores predisponentes en los estadios hipertensivos del embarazo. Acta Ginecol 2008; 44(10): 426-32.
2. Vázquez Cabrera, Juan. Embarazo, parto y puerperio Principales complicaciones. Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2010; 182-203.
3. Oliva Rodríguez, José A. Temas de Obstetricia y Ginecología. Trastornos Hipertensivos y Embarazo. Editorial Ciencias Médicas. 2009; 4-24.
4. Gómez Sosa, Elba. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev. Cubana Obst y Ginecol. Mayo-Agosto/2010; 26: 99-114. Disponible en www.infomed.cu.
5. Williams, Cunningham, Mac Donald. Obstetricia, complicaciones frecuentes del embarazo, trastornos hipertensivos del embarazo. Quinta edición. Editorial Ateneo. 2010 Pag. 753-795.
6. Sánchez Padrón, Alfredo, Sánchez Valdivia, Alfredo y otros; Enfermedad Hipertensiva del embarazo. Rev. Cubana Medicina Intensiva y Emergencias. 2007; 2: 01-12. Disponible en www.infomed.cu.
7. Castillo F, Navas N. Hipertensión grave que complica el embarazo. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2007;10(1). 9. Colectivo de autores. Guías de prácticas clínicas en Neonatología. La Habana: Ediorial Ciencias Médicas; 2008:65-8.
8. Sola A, Rígido M. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Editora Científica Interamericana. 2007;1:146-721.
9. Álvarez V, Sánchez A, Rodríguez A. Tratamiento de la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008;25(3):159-64.

10. Vázquez JC, Vázquez J, Namfantche. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007;29(1).
11. Bernstein P, Divon M. Causas del retraso del crecimiento fetal. En: Pitkin R, Scott J. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 4. 4ta ed.
12. Serrano M. Asfixia perinatal. Edición servicio neonatología hospital clínico Universidad de Chile [serie en Internet] Noviembre 2008. [citado 4 de Agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/09.pdf>
13. Contrera J. Pre-eclampsia. The Lancet. 2008 ;(356):1260–65.
14. Matijasevich A, Barros F, Rosello J, Bedel E, Corteza C. Factores de riesgo para muy bajo peso al nacer y peso al nacer entre 1.500-2.499 gramos. Arch Pediatr Urug. 2009;75(1).
15. Balestena J, Fernández R, Hernández A. Comportamiento de la Preclampsia Grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(3):226-32.
16. Lugo J, et al. Influencia del tipo de Estado Hipertensivo del Embarazo en la aparición de complicaciones neonatales. Rev Esp Pediatr. 1998;54(5):379-85.
17. Hernández J, Ulloa C, Martín V, Castellanos J, Linares R, Suárez O. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materno 1986-1993. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008;22(1).
18. Méndez M. Enfermedad hipertensiva gravídica: algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de morbimortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010;25(2):108-13.
19. Morcillo F. Recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría [serie en Internet]. Octubre 2008. [citado 4

Agosto 2009]. Disponible en:
<http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/rnpretermdific-respir.pdf>.

20. Coto GD, Ibáñez A. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la sepsis neonatal. Bol Pediatr. 2009; 46:125-34.
21. Tapia J, Reichhard C, Saldías MI, Abarzúa F, Pérez ME, González A, et al . Sepsis neonatal en la era de profilaxis antimicrobiana prenatal. Rev Chil Infect. 2009;24(2):111-16.
22. Cardoso O, Mejías N, Amaro F, Macías J. Comportamiento de los factores de riesgo de toxemia en un área de salud. Archivo Médico de Camagüey. 2009; 8(2).
23. Erice Candelario AI, Ulloa Cruz V, Román Fernández L. Afecciones colgadas al embarazo. En: Álvarez Sintés R, Hernández. Rev. Cubana Obst. Ginecol. 2010; 23: 43-48. Disponible en www.infomed.cu.
24. Cunill López, María Elena y otros: Dosis bajas de aspirina en la Preeclampsia leve. Rev. Cubana Obst. Ginecol. 2006; 23: 43-48. Disponible en www.infomed.cu.
25. Gibbs RS, Karlan PY, Haney AF, Nigard IE. Danforth's Obstetric and Gynecology 10 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008; 3: 258-275. Disponible en www.ecured.cu.
26. Chesley Cervantes E. Edad materna como factor de riesgo de preeclampsia. Ginecol Obstet Méx. 2009; 72: 570-4.
27. López JI, Lugones Botell MI, Valdespino Pineda LM, Virella Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer [artículo en línea]. Rev Cubana Obstet Ginecol 2009;30(1)<http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm>[consulta:12 abril 2010].

28. Dawson EB, Evans DR, Kelly R, Van Hook JW. Blood cell lead, calcium, and magnesium levels associated with pregnancy-induced hypertension and preeclampsia. *Biol. Trace Elem Res.* 2009; 74:107-16.
29. Temas de Medicina General Integral Vol. II. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. Editorial Ciencias Médicas, Cuba. 2008; 801-805.
30. Botella Llusía J. La gestosis o toxemia del embarazo. La gestosis Caps I-III-IV 17-87 En: Tratado de Ginecología. Tomo II. Patología Obstétrica. Editorial Científico Medico. 2009; 74:107-13.
31. Robbins. Patología estructural y funcional 6ta. ed 2000. p. 197.
32. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009: 237-52.
33. Del Campo Molina E, Robles Aristas JC, Guerrero Pabón R. Tratado de Emergencia. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Capítulo 1.17.; Editorial Alhulia, 2010.
34. Álvarez Báez, Acosta Maltas R, Céspedes Baró E, Fernández Lima R, Sinobas del Olmo H. Eclampsia estudio en tres hospitales de maternidad en la Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2008;12(4):463-8.
35. Colectivo Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Washington DC: OPS, 2008. (Documento CSP 23/10).
36. Worley RJ, Everett RB, MacDonald PC, et al: Placental clearance of dehydroisoandrosterone sulfate and pregnancy outcome in three categories of hospitalized patients with pregnancy-induced hypertension. *Gynecol Obstet Invest* 6:28, 2009

37. Yoneyama Y, Suzuki S, Sawa R, et al: Relation between adenosine and T-helper1/T-helper 2 imbalance in women with preeclampsia. *Obstet Gynecol* 99:641, 2009 [\[PMID: 12039127\]](#)
38. Ciero M, Rodríguez D, Eernandez-Llimós R Hipertensión arterial: riesgo para la madre y el bebé. *Seguim Earmacoter* 2008;1:91 -98.
39. Granger de la Graca L. Hipertensión arterial en la gravidez. En: *Medicina Materno-fetal*. 3 ed. Lisboa: Lidel, 2008; Vol. 2: 491-514. Disponible en www.ecured.cu.
40. Chesley Cervantes E. Obesidad y edad materna como factores de riesgo de preeclampsia. *Ginecol Obstet Méx.* 2008; 72: 560-4.
41. Furchgoit Jeddú. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. *Rev. Cubana Med Gen Integr* v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2009. Disponible en www.infomed.cu.
42. Sawaoski López Raúl . Prevalencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en MGI, Ciego de Ávila, 2009.
43. Sanchez Valdivia AJ. Mortalidad materna. Algunos aspectos clínicos y epidemiológicos Trabajo de Terminación de Residencia. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Dr. Faustino Pérez. Matanzas. 2009.
44. Lernas y col. SR et al. Capítulo 24. Aparato Genital Femenino. Trastornos gestacionales y placentarios. 6ta. ed. Robins. Patología Estructural y Funcional. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana de España, 2010: 1079-1136.
45. Fajardo Dueñas S, González Moreno J. La práctica de la ginecoobstetricia basada en evidencias. *Ginecol Obstet Méx.*, 2008; 70(8): 385-391.
46. López S. Factores de riesgo en la mortalidad perinatal en pacientes que cursan con estados hipertensivos asociados al embarazo. Biblioteca de Medicina "Dr. Argimiro Bracamonte"- UCLA. 2005.

[acceso 07 de mayo de 2008]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla. Consulta Junio 2011.

47. González G, García A, Hernández D, Hernández J, Suárez R. Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2008;29:1-3.
48. Miconal M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. *Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*. 2008;49:227-236.
49. Huanco R. Preeclampsia -eclampsia: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia [serie en Internet]*. Octubre 2008. [citado 4 Agosto 2009]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/rnpretermdific-respir.pdf>.
50. Chavez W, Concha G. Bajo peso al nacer: Factores de riesgo. *Revista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Mayor de San Marcos, Perú*. 2009 ;47:47-52.

ANEXO 1.

Boleta de disposición de los pacientes para participar en la investigación.

Yo: ----- después de saber en qué consiste la, investigación estoy plenamente de acuerdo en que se me realice la encuesta. Y para que aquí conste, firmo el presente el día ----- del mes de ----- del año -----.

Firma del paciente.-----.

Firma del médico-----

ANEXO .2

Cuestionario

Datos Generales:

Nombre y apellidos _____

1-Edad _____

2- Nivel de escolaridad: Primaria ____ Secundaria ____ Preuniversitario ____
Universitario ____

3.-Vínculo laboral:

____ Estudiante

____ Trabajadora

____ Ama de casa

4- En cuanto al concepto o definición de la Hipertensión Arterial en el Embarazo: Marque con una X la que considere correcta.

a) ____ Es toda paciente que se constaten cifras tensionales mayores o iguales a 120 con 80 mm Hg en tres ocasiones y en momentos diferentes.

____ Es toda paciente que se constaten cifras tensionales mayores o iguales a 140

2.- Nivel de escolaridad:

Primaria sin terminar ____

b) con 90 mm Hg en dos ocasiones consecutivas y con 6 horas de diferencia.

c) ____ Es toda paciente que se constaten cifras tensionales mayores o iguales a 140 con 90 mm Hg en una sola ocasión.

d) ____ Es toda paciente que se constaten cifras tensionales mayores o iguales a 160 con 110 mm Hg en una sola ocasión.

Por cada respuesta correcta es 2.5 puntos

5-Marque con una X los factores de riesgo de la Hipertensión en el embarazo.

- a) ___ Embarazo gemelar.
- b) ___ Pacientes bien nutridas.
- c) ___ Cuidados prenatales deficientes.
- d) ___ 35 años o más.
- e) ___ Tiempo de gestación de 12 semanas.

Por cada respuesta correcta es 2.5 puntos

6-. De los elementos clínicos que aparecen en columna, marque con una X los elementos que definen el criterio de pre eclampsia leve.

- 1) _____ Edemas en miembros inferiores
- 2) _____ Tensión arterial 140/90
- 3) _____ Nulípara
- 4) _____ Incremento de peso
- 5) _____ Antecedentes de infección urinaria
- 6) _____ Captación del embarazo a las 12 semanas

Por cada respuesta correcta es 2.5 puntos

7- Marque con una (X) el ítem que se corresponda con la profilaxis de la hipertensión arterial en el embarazo.

- 1. _____ Control de la ingestión de líquido
- 2. _____ Atención prenatal precoz continua y completa.
- 3 _____ Dieta balanceada
- 4. _____ Dieta sin sal.

5. _____ Vigilancia estrecha del peso corporal.

6. _____ Reposo durante 10 horas diarias en decúbito lateral izquierdo.

7. _____ Evacuación intestinal diaria

Por cada respuesta correcta es 2.5 puntos

Solo llenar por el investigador:

-Necesidades de aprendizaje detectadas

-Nivel de información.

- Adecuado
- Inadecuado

la presentación de cada uno de los participante para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistirá en que cada uno de los participantes anotará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se hablará sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr una mejora en los servicios de salud y en la prevención de enfermedades, incluirá además el concepto de prevención de salud y se dará ejemplos de programas de prevención de diferentes enfermedades que están presentes en la actualidad en nuestro país, se dará a conocer a los participantes todo lo relacionado a las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicar todo lo referido al proyecto se les informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes.

Por último, como incentivo para la próxima actividad se entregará en forma de mini boletín impreso algunas curiosidades referentes a la fisiología de la mujer embarazo y parto y se informará el día, hora, lugar, y tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Día: 9/10/12 11/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: Generalidades sobre embarazo y sobre HTA.

Objetivos: 1- Explicar aspectos generales de la anatomía y fisiología de la mujer.

1- Analizar el ciclo menstrual y embarazo.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Introducción: Previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia, apoyándose en un Power Point que se elaborará con imágenes y datos relevantes del tema que se tratará, para lograr que el encuentro sea más emotivo y dinámico. Se tratarán temas referidos a la fisiología y a la anatomía de la mujer. Se analizarán los aspectos generales del ciclo menstrual y el embarazo, además de romper tabúes y esquematismos sociales que existen sobre este tema.

Por último se realizaran varias preguntas, tales como ¿Sabían ustedes a que se llama Hipertensión Arterial? ¿Conocen de alguna situación que pueda llevarlos a padecer dicha enfermedad? Las mismas no serán respondidas, con el objetivo de despertar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro y promover una cultura general a su alcance, para desarrollar una mayor cooperación por parte de todos los asistentes.

Tercer encuentro:

Día: 16/10/12 18/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur

Título: Hipertensión Arterial.

Objetivo: - Analizar el concepto, su clasificación y la terminología médica más utilizada.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Técnica participativa: El Beso.

Introducción: Se comenzará dando un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizará simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica de animación "El Beso" la misma consiste en explicar a los participantes la utilidad del beso, diciendo que el mismo acelera las pulsaciones del corazón de 70 a 120 latidos por minuto, provoca el bombeo de un litro suplementario de sangre, que las personas besuconas no padecen de insomnio, de mala digestión, ni de alteraciones nerviosas, que además cada beso consume de 12 a 15 calorías, el cual según donde se bese tendrá su significado:

En los ojos----- ilusión.

En la frente-----majestad.

En la mejilla-----bondad.

En los labios---- pasión.

La técnica concluirá, incitando a cada participante a que salude con un beso a su compañero del lado.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, en la cual se tratará el concepto la clasificación y la terminología médica más utilizadas para favorecer el mayor entendimiento de las futuras actividades.

Se dará una introducción de la siguiente actividad, ara la cual se dejará una pregunta: ¿Qué es un factor de riesgo? ¿Cuáles son los factores de riesgo de la HTA?

Cuarto encuentro:

Día: 23/10/12 25/10/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: Factores de riesgo de HTA.

Objetivos: 1- Definir el concepto de factor de riesgo.

2-Analizar los factores de riesgo de HTA.

Duración: 50 minutos.

Técnica participativa: Dinámica de grupo (Lluvia de ideas).

Introducción: Se comenzará con un breve resumen de la actividad anterior que a su vez nos introducirá dentro del tema a tratar en este cuarto encuentro y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzará explicando a los participantes en que consiste una lluvia de ideas; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras qué es un factor de riesgo y cuáles serían, en base a sus vivencias, las condiciones en que mayormente aparece la HTA, antes de comenzar se escogerá a un participante que actuará como relator y se encargará de anotar todos los datos que se expongan en una pizarra y la autora actuará como coordinadora. Posteriormente se definirá el concepto de factor de riesgo y se enumeraran los factores que inciden en la aparición de la HTA, luego se pasará a hablar acerca de las modificaciones que pueden producirse en el riesgo para evitar la aparición de la enfermedad. Seguidamente se hará un mini debate acerca de las acciones a desarrollar para evitar los factores de riesgo.

Al finalizar la actividad se responderán inquietudes de las gestantes sobre el tema. Y se les comunicará que en el próximo encuentro hablaremos sobre que pasa cuando la HTA se presenta en una mujer embarazada.

Quinto encuentro:

Día: 30/10/12 1/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: HTA y embarazo.

Objetivos: 1- Analizar el concepto y la clasificación.

2-Explicar patogenia de la enfermedad, las complicaciones y la profilaxis.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Técnica participativa: ¿Te gustan tus vecinos?

Introducción: Se realizará una breve reseña de la clase anterior y se realizarán preguntas de control, por último se hará una breve introducción del tema como incentivo de la actividad.

Desarrollo: Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Te gustan tus vecinos?", esta consistirá en que cada participante hablará del compañero que acaba de conocer, exponiendo si le gusta o no y por qué. En un segundo momento se impartirá una conferencia guiada por un Power Point que abarcará temas relacionados con la HTA inducida por el embarazo, cuáles son las entidades que la componen, su repercusión en la madre y en el niño, además de las acciones que realiza el sistema de salud para evitar su aparición.

La próxima actividad abordará la Preeclampsia, sus manifestaciones clínicas, y como motivación se mostrarán ilustraciones de una cesárea por Preeclampsia.

Sexto encuentro:

Día: 6/11/12 8/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: Preeclampsia-Eclampsia.

Objetivo: Definir concepto, cuadro clínico y complementarios.

Analizar manejo de la entidad y tratamiento

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Introducción: Se realizará un breve resumen de la actividad anterior, con preguntas de control y se recordarán las entidades que componen a la Hipertensión inducida por el embarazo para incentivar a los participantes.

Desarrollo: Se realizará una conferencia ayudándonos con un Power Point, en la misma se hablará de las características clínicas de la Preeclampsia-Eclampsia los exámenes de laboratorio que se le indican, su manejo, además de su tratamiento farmacológico o no.

Al finalizar como motivación de la próxima actividad se les informará a los participantes que en el próximo encuentro se realizará una clase taller sobre los temas tratados en esta actividad, donde podrán participar.

Séptimo encuentro:

Día: 13/11/12 15/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: Clase práctica sobre síntomas y signos de la Preeclampsia-Eclampsia

Objetivo: Lograr que los participantes sean capaz de identificar los síntomas y signos más frecuentes de la Preeclampsia-Eclampsia.

Tipo de actividad: Clase práctica.

Duración: 50 minutos.

Técnica participativa: Retazos musicales.

Introducción: Se realizará un resumen del tema tratado en la actividad anterior a modo de recordar los datos más importantes para lograr que la actividad de ese día fluya de modo dinámico.

Desarrollo: Para desarrollar la clase práctica se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de 5 personas, a cada subgrupo se le entregará una hoja con un listado de síntomas y signos enumerados, los participantes deben poder identificar cuáles se corresponden con la Preeclampsia y cuáles con la Eclampsia, después se expondrán en la pizarra, y se discutirán los resultados de cada grupo. Para finalizar este encuentro se realizará la dinámica de animación "Retazos musicales ", donde cada participante entonará un fragmento de una canción y el resto deberá identificarla.

Por último se realizarán varias preguntas, tales como: ¿Saben ustedes que sucede cuando existe una HTA crónica y a esta se le añade la Preeclampsia-Eclampsia? ¿Cómo se manejará una situación así? las cuales no serán respondidas, con el objetivo de despertar el interés de los participantes de asistir a nuestro próximo encuentro. Se les entregará además un documento impreso con el costo de los principales exámenes complementarios indicados para el diagnóstico de esta patología.

Octavo encuentro:

Día: 20/11/12 22/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: HTA Crónica con Preeclampsia- Eclampsia sobreañadida.

Objetivo: Definir concepto, cuadro clínico, exámenes de laboratorio, así como el manejo y el tratamiento de la patología.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Introducción: A modo de introducción se hablará de la importancia del diagnóstico precoz de la HTA para poder prevenir la asociación de estas dos entidades que pueden dar al traste con la vida de la gestante.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia guiada por un Power Point donde se analizarán las causas y consecuencias de esta enfermedad, las características clínicas más comunes así como su tratamiento tanto farmacológico como no. A medida que van pasando las imágenes se hablará acerca de la importancia y eficacia del control de los factores de riesgo.

Luego se hará la siguiente pregunta ¿Qué pasa cuando la HTA se presenta después de la gestación, en el puerperio? ¿Cómo se maneja una puérpera hipertensa? A las mismas no se les dará respuestas para que constituyan un incentivo para la próxima actividad.

Noveno encuentro:

Día: 27/11/12 29/11/12

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Sur.

Título: HTA transitoria.

Objetivos: Definir concepto, cuadro clínico, exámenes de laboratorio, así como el manejo y el tratamiento de la patología.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Bibliografía:

- 1- Contrera J. Pre-eclampsia. The Lancet. 2008 ;(356):1260–65.
- 2- Matijasevich A, Barros F, Rosello J, Bedel E, Corteza C. Factores de riesgo para muy bajo peso al nacer y peso al nacer entre 1.500-2.499 gramos. Arch Pediatr Urug. 2009;75(1).
- 3- Balestena J, Fernández R, Hernández A. Comportamiento de la Preclampsia Grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(3):226-32.
- 4- Lugo J, et al. Influencia del tipo de Estado Hipertensivo del Embarazo en la aparición de complicaciones neonatales. Rev Esp Pediatr. 1998;54(5):379-85.
- 5- Hernández J, Ulloa C, Martín V, Castellanos J, Linares R, Suárez O. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbilidad perinatal y materno 1986-1993. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008;22(1).

