

Multimed 2017; 21(3)

MAYO-JUNIO

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA

**POLICLÍNICA 1 FRANCISCA RIVERO AROCHA
MANZANILLO- GRANMA**

Enfermedad hipertensiva gravídica. Influencia de un programa educativo en las gestantes. 2016

Hypertensive gravidarum disease. Influence of an educational program on pregnant women. 2016

MsC. At. Integ. Mujer Guillermo Salgado Selema,^I MsC. At. Integ. Mujer Susanne Maylen Sánchez Quesada,^I MsC. At. Integ. Mujer Luisa Bello Zamora,^I Esp. MGI Humberto Morales Bello,^{II} Lic. Enfermer. Elizabeth Batista Tamayo.^{III}

^I Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{III} Hospital Psiquiátrico Manuel Piti Fajardo. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa en 75 gestantes con riesgo de padecer enfermedad hipertensiva gestacional, pertenecientes a la policlínica 1 Francisca Rivero Arocha de Manzanillo en Granma, desde enero hasta octubre del 2016 a fin de modificar algunos conocimientos sobre esta afección y así mejorar la calidad de vida de estas gestantes. En la casuística se obtuvo predominio de las embarazadas de 35 y más años, con antecedentes personales y familiares de hipertensión arterial crónica, nulípara y con peso normal. Antes de la acción educativa, la mayoría de las afectadas tenían nociones inadecuadas al respecto y después de esta lograron modificarlas positivamente, por lo cual se demostró la efectividad del programa de actividades aplicado.

Palabras Clave: hipertensión inducida en el embarazo; paridad; morbilidad; calidad de vida.

ABSTRACT

An educational intervention was carried out on 75 pregnant women at risk of suffering from gestational hypertensive disease, belonging to Polyclinic 1 Francisca Rivero Arocha of Manzanillo in Granma, from January to October 2016 in order to modify some knowledge about this condition and improve the Quality of life of these pregnant women. In the sample, the prevalence of pregnant women aged 35 and over, with a personal and family history of chronic, nulliparous and normal-weight hypertension, was predominant. Before the educational action, the majority of the affected ones had inadequate notions on the subject and after this managed to modify them positively, for which the effectiveness of the program of activities was demonstrated.

Key words: pregnancy-induced hypertension; parity; morbidity; quality of life.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión que se presenta durante la gravidez es una de las entidades obstétricas más frecuentes, tal vez, la que más repercusión desfavorable ejerce sobre el producto de la concepción y a su vez sobre la madre, la cual trae consigo grandes y diversas complicaciones para ambos.¹ Existe una serie de factores que incrementan el riesgo de desarrollar pre-eclampsia.²

No existe una forma efectiva para evitar la enfermedad, es por ello, que se requiere llevar un adecuado control prenatal por parte del personal de enfermería para detectar aquellas madres con riesgo de padecer hipertensión gestacional y brindar un servicio de calidad que permita la seguridad de las pacientes.³

Las acciones de salud dirigidas a modificar factores de riesgos tales como, el embarazo en edad temprana o en edad tardía, obesidad, enfermedad materna (riesgo preconcepcional) o la modificación de factores durante el embarazo por ejemplo el aumento de 1 Kg semanal en el tercer trimestre, o edema de aparición brusca, puede contribuir a una disminución en la incidencia de la enfermedad. Ésta afección es una de las enfermedades más frecuentes y con repercusión en la salud de la madre y el recién nacido o feto. Tiene una incidencia que oscila entre 1,7 a 38

% y pueden estar subdiagnosticadas, especialmente en los países en vías de desarrollo. ^{4,5}

En el país, es una prioridad el estudio e investigación de esta temática por el comité de investigación de la República de Cuba. La incidencia en sentido general de esta enfermedad, para algunos autores varía hasta un 13 %, por lo que no está ajena a las alteraciones de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. ⁶

En el municipio Manzanillo de un total de embarazadas de aproximadamente 3064 un gran número se complican con hipertensión, aunque existe una estadística inexacta, por considerarse esta enfermedad uno de los principales factores causales del incremento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Este trabajo tiene como objetivo implementar un programa de intervención educativa para disminuir los factores de riesgo por esta enfermedad.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa en embarazadas con riesgo de padecer enfermedad hipertensiva gestacional pertenecientes a la policlínica 1 Francisca Rivero de Manzanillo en Granma, desde enero hasta octubre del 2016, con el objetivo de modificar algunos conocimientos sobre esta afección y así disminuir los factores de riesgo de la enfermedad. El universo estuvo constituido por las gestantes que se captaron el embarazo en dicho año pertenecientes al consultorio médico de la familia 13 del consejo popular 6, de las cuales se seleccionaron 75 con riesgo de enfermedad hipertensiva gestacional según el muestreo simple aleatorio, a través de la tabla de números aleatorios.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: que la embarazada mostrara su conformidad a participar en el estudio, que estuviera apta mentalmente para brindar los datos que se requirieran, que la embarazada fuera residente permanente en el área de salud y que presente riesgo de padecer enfermedad hipertensiva gestacional.

Al inicio de la investigación se informó debidamente a las participantes sobre las características de la misma, su privacidad, beneficios y la voluntad de participar en el mismo, la información quedó plasmada por escrito.

Se determinó la edad de las gestantes, se tuvieron en cuenta los siguientes grupos etarios: 12 – 19, 20 – 35 y 35 – o más años.

Se tuvo en cuenta antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares así como valor nutricional, según índice de masa corporal (IMC). Se aplicó una encuesta que se ejecutó antes y después de aplicar el programa educativo, el cual quedó estructurado en 3 etapas: diagnóstica, intervención y evaluación.

En la etapa diagnóstica, se realizó una encuesta inicial para comprobar los conocimientos que tenían las gestantes sobre los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva gestacional, fueron evaluados por ítems de forma global. Para la confección y aprobación de este instrumento se tuvo en cuenta el criterio de 2 grupos de expertos, de al menos, 8 participantes entre especialistas en medicina general integral, psicología, obstetricia, endocrinología, psicopedagogía, clínico y metodología.

Según el criterio de los expertos, se consideraron aprobadas las féminas que obtuvieran a partir del 80 % en cada variable evaluada.

Etapa de intervención: se realizaron 5 sesiones donde se impartieron temas relacionados con la enfermedad hipertensiva gestacional para lo cual se utilizaron diversas técnicas participativas.

Una vez terminadas las actividades de intervención, se esperaron 60 días para la evaluación y se aplicó una segunda encuesta similar a la anterior (ambas fueron anónimas) para parearla a cada paciente.

RESULTADOS

Al distribuir las embarazadas según la edad (tabla 1), llama la atención el predominio de aquellas con edades elevadas para la gestación (35 años y más) representando estas casi la mitad de las estudiadas seguidas por un amplio margen por las de 20 a 35 años.

Tabla 1. Distribución de embarazadas según la edad.

Enero – Octubre 2016. Policlínico I Manzanillo.

Edad	Embarazadas	
	No.	%
12-20 años	19	25,4
20-35 años	22	29,3
35 años o más	34	45,3
Total	75	100

Fuente: Carné de embarazadas.

La tabla 2, muestra la distribución de las gestantes según los antecedentes patológicos personales. La hipertensión arterial crónica emerge con la mayor prevalencia con 24 % del total.

Tabla 2. Distribución según antecedentes patológicos personales

Enero – Octubre 2016. Policlínico I. Manzanillo.

A. P. P	Embarazadas	
	No.	%
Antecedentes pre-eclampsia	12	16
Diabetes mellitus tipo I	9	12
Cardiopatía	2	2,6
HTA crónica	18	24
Enfermedad renal	0	0

N = 75

La pesquisa de antecedentes familiares, representados en la tabla 3, coloca en lugar cimero la hipertensión arterial (32 casos para 42,6 %).

Tabla 3. Embarazadas según antecedentes patológico familiares.
Enero – Octubre 2016. Policlínico I. Manzanillo.

A. P. F	Embarazadas	
	No.	%
Diabetes mellitus tipo I	21	28
Obesidad	6	8
HTA crónica	32	42,6
Enfermedad renal	1	1,3
Madre o hermana pre-ecláptica	11	14,3
Cónyuge hijo de madre pre-ecláptica	7	9,3
Cónyuge con hijo de madre pre-ecláptica	4	5,3

N =75

La tabla 4, expresa la evaluación nutricional de las gestantes. Los valores predominantes fueron para las normopeso y sobrepeso con 45,3 % y 28 % respectivamente.

Tabla 4. Embarazada según evaluación nutricional.
Enero – Octubre 2016. Policlínica I. Manzanillo.

Evaluación Nutricional	Embarazadas	
	No.	%
Desnutrida	6	8
Normopeso	30	45,4
Sobrepeso	25	28
Obesa	14	18,6
Total	75	100

Fuente: Carné de embarazada.

En la tabla 5, se representa el comportamiento del nivel de conocimiento respecto a la prevención de los trastornos hipertensivos en el embarazo, se comportó

predominantemente bajo en la fase inicial del estudio (56 % del total) la que se modificó notablemente hacia el calificativo de alto, luego de la aplicación del programa educativo (64 %).

Tabla 5. Embarazada según nivel de conocimiento.

Enero – Octubre 2016. Policlínica I. Manzanillo.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	21	28	48	64
Medio	12	16	18	24
Bajo	42	56	9	12
Total	75	100	75	100

DISCUSIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo cobran especial significación y requieren una dedicación especial de los proveedores de salud, la coincidencia de edades elevadas en las gestantes con los trastornos hipertensivos se ha reportado en la literatura, incluso de otros países.⁷

Durante la atención prenatal es de vital importancia detectar los antecedentes, sobre todo los que por sí mismos ya constituyen patologías (cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, infecciosos, etc.) por su peculiaridad de colocar a la madre y al feto en situaciones de peligro o alto riesgo. En el caso que nos ocupa de los trastornos hipertensivos en la gestación, la identificación de antecedentes que eleven la susceptibilidad de padecerla, cobra vital importancia pues aunque no es posible limitar su aparición, si se puede controlar su curso clínico y atender oportunamente sus posibles consecuencias.⁸

Similares reportes han brindado autores argentinos con prevalencia en primer lugar de antecedentes familiares de hipertensión arterial y de diabetes mellitus en segundo lugar. En todos los casos se señala la asociación de los antecedentes familiares con los personales y deficiencias en la atención prenatal. No es rara la

frecuencia con que se da prioridad a los antecedentes personales sobre los familiares, con demostrada influencia sobre la enfermedad hipertensiva gravídica en ambos.^{9, 10}

El estudio del estado nutricional ha reflejado predominio de las valoraciones de sobrepeso y obesas en 25 embarazadas con preeclampsia ligera y 19 con preeclampsia en Chile, por su parte autores argentinos también han encontrado el peso excesivo de las gestantes como factor de riesgo asociado a los trastornos hipertensivos.¹¹

La educación respecto a los trastornos hipertensivos, sus características y la importancia del auto cuidado también ha sido reconocida como de vital importancia por autores argentinos que han encontrado incipientes conocimientos en embarazadas hipertensas que pueden haber influido en una tórpida evolución de su afección. El proceso de informar y educar en salud es una tarea que no debe dejar nunca de lado el profesional dedicado a ella, en especial el dedicado a la atención materno infantil.^{12, 13}

CONCLUSIONES

Predominaron las embarazadas de 35 años y más, con antecedentes personales y familiares de hipertensión arterial crónica, la mayoría de las gestantes fueron normopeso, más de la mitad de las gestantes presentaron bajo nivel de conocimiento acerca de la hipertensión al inicio del embarazo y se constató predominio de las gestantes con elevada asimilación del nivel de conocimiento respecto a las acciones para propiciar un embarazo fisiológico y prevenir la hipertensión gestacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol O. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. Temas de Ginecología y Obstetricia. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
2. Veloso Mariño BM, Berroa Bonne A, Mederos Ávila ME, Santiesteban Garrido I, Traba Dellis N. Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. Medisan [Internet]. 2011 [citado 25 Feb 2016]; 15(8):1129-34. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n8/san12811.pdf>.

3. Álvarez Li FC, Zerquera Álvarez C, Santos Peña M, Nieto Prendes P. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la preeclampsia – eclampsia. Medisur [Internet]. 2009 [citado 25 feb 2016]; Supl1:17-20. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/688/5646>.
4. García Ortiz L, Gutiérrez Salinas J, Galaviz Hernández C, Chima Galán M, Hilton Cáceres JM, Escobedo Aguirre F, et al. Posible asociación entre preeclampsia-eclampsia y la edad paterna: estudio piloto. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2011 [citado 25 Feb 2016]; 79(4):190-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom114c.pdf>.
5. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Corrales Gutiérrez A, Salazar ME. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 26 Jun 2016]; 37(2):154-61. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n2/gin05211.pdf>.
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2016 [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017. [citado 26 Jun 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf.
7. Amarán Valverde JE, Sosa Zamora M, Pérez Pérez M, Arias Acosta D, Valverde Bravo IV. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. Medisan [Internet]. 2009 [citado 26 Jun 2016]; 13(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.htm.
8. Vázquez Vigoa A, Reina Gómez G, Román Rubio P, Guzmán Parrado R, Méndez Rosabal A. Trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana Med [Internet] 2005. [citado 5 May 2015]; 44(3-4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v44n3-4/med103-405.pdf>.
9. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cairo González V, Bravo Torres Y, Corrales Gutiérrez A, Carlos Tempo A. Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. Rev Cubana Obstet Ginecol

[Internet].2009 [citado 15 Nov 2016]; 35(3). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_3_09/gin04309.htm.

10. Arenas D, Mesa CC. Genética de preeclampsia.Rev CES Med [Internet]. 2008 [citado 12 Abr 2016]; 22(2):57-67. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2611/261120994006.pdf>.

11. 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 [Internet]. 2010 [citado 25 Feb 2016]; 14(5). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n5/amc040510.pdf>.

12. Malvino E, Muñoz M, Ceccotti C, Janello G, McLoughlin D, Pawlak A, et al. Complicaciones maternas y mortalidad perinatal en el síndrome Hellp. Registro multicéntrico en unidades de cuidados intensivos del área Buenos Aires. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. 2005 [citado 5 May 2016]; 65(1):17-23. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n1/v65n1a03.pdf>.

13. 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 Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado 25 Mar 2016]; 25(3):67-75. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi08309.pdf>.

Recibido: 3 de marzo de 2017.

Aceptado: 31 de marzo de 2017.

Guillermo Salgado Selema. Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma, Cuba. E-mail: guillesalgado@infomed.sld.cu.