



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**TEMA:**

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 18 AÑOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PERÍODO DE MARZO - OCTUBRE 2012.

**AUTORAS:**

Araceli del Pilar López Caspi  
Nancy Miriam Yanchaliquin Talahua  
Mirian Alejandra Trujillo Solís

**DIRECTORA DE TESIS:**

Lic. Sara Vallejo

**GUARANDA – ECUADOR**

**2012**

## **I. DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado de la manera más especial a nuestros padres quienes con su amor, esfuerzo y sacrificio han sabido comprender y brindarnos su apoyo de manera incondicional, ayudándonos a superar cualquier adversidad para la culminación de nuestra carrera; a mi hijo quien en estos momentos es mi razón de ser, mi gran inspiración para seguir adelante.

A nuestros hermanos y familiares por el apoyo moral brindado en la vida estudiantil.

Araceli del Pilar López Caspi

Nancy Miriam Yanchaliquin Talahua

Mirian Alejandra Trujillo Solís

## **II. AGRADECIMIENTO**

Nuestro agradecimiento a Dios Todo Poderoso quien mediante su sabiduría nos ayudó durante esta etapa de formación académica a nuestros familiares y amigos por ayudarnos, apoyarnos sin condiciones.

A la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Carrera de Enfermería por abrirnos sus puertas y a la vez permitir cumplir nuestra meta de ser profesionales.

Al Hospital Provincial Docente Ambato, por permitir la realización del presente estudio y culminarlo.

El más sincero agradecimiento a la Licda. Sara Vallejo, Directora del presente trabajo de investigativo, quien con su paciencia nos guío y compartió de forma desinteresada sus valiosos conocimientos para la realización de la tesis.

## **CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**

La suscrita licenciada Sara Vallejo, Directora de Tesis de Pregrado, de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, de la Universidad Estatal de Bolívar.

### **CERTIFICA:**

Que el trabajo de investigación de tesis de grado del tema: Factores que inciden en los trastornos hipertensivos gestacionales de las adolescentes embarazadas de 12 a 18 años que ingresan al servicio de centro obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo de Marzo - Octubre 2012. Realizado por: Araceli López, Nancy Yanchaliquin y Alejandra Trujillo han cumplido con los lineamientos metodológicos dados por el centro de investigación especializada por la facultad.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a los interesados a dar el presente uso legal que estimen convenientemente.



Lic. Sara Vallejo

**DIRECTORA DE TESIS**

## ÍNDICE

Portada	
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Certificación del directo	III
Índice	IV-VI
CONTENIDOS	Pág.
Tema	7
Introducción	8 - 9
Justificación	10 - 11
Planteamiento del problema	12 - 14
Objetivos	14
Hipótesis	15
Variables	16
Operacionalización de las variables	17 - 23

### CAPÍTULO I

#### Marco Teórico

1.1. Embarazo en adolescentes	25
1.2. Etapas de la adolescencia	25-26
1.3. Factores de riesgo de embarazo adolescente	27-28

1.3.1. Factores de Riesgo Ambientales	29-30
1.4. Comportamiento prenatal de Riesgo	30
1.5. Problemas Médicos y Complicaciones del Embarazo Adolescente	31-32
1.6. Prevención de Riesgos en la Madre Adolescente	32
1.7. Trastornos Hipertensivos Del Embarazo	33
1.8. Clasificación de La Preeclampsia.	33
1.9. Eclampsia	34
1.9.2. Signos y Síntomas de Preeclampsia y Eclampsia	34
1.9.3. Diagnostico	34
1.10.Examen Físico y de Laboratorio	35-36
1.11. Diagnóstico Diferencial	36
1.12. Tratamiento	37-44

## **CAPITULO II**

### Diseño Metodológico

2.1. Tipo de estudio	46
2.2 Universo	46
2.3 Técnica de Recolección de Datos	47
2.4 Técnica de Procesamiento de Datos	47
2.5 Procesamiento, Análisis y Presentación de Resultados	47

## **CAPITULO III**

### Presentación de Datos

3.1. Análisis y Presentación de Resultados	49-77
3.2 Conclusiones	78-79
3.3 Recomendaciones	80

## **CAPITULO IV**

### Propuesta

Tema	82
Introducción	83
Justificación	84
Objetivos	85
4.1. Sustentación de la propuesta	86 -88
4.1.1. Desarrollo de la propuesta	89 -97
4.2. Cronograma de actividades	98
4.2.1. Recursos y presupuesto	99 - 100
4.3 Sostenibilidad	100
4.4 Factibilidad	100
4.5 Resultados esperados	101

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

**TEMA:**

FACTORES QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 18 AÑOS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PERÍODO DE MARZO - OCTUBRE 2012.



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación está enmarcada en la problemática de embarazadas adolescentes que presentan trastornos hipertensivos gestacionales siendo los principales preeclampsia y eclampsia, esto se da en mujeres que no han seguido un régimen terapéutico adecuado, lo que conlleva a las complicaciones del estado de salud tanto de la madre como de su producto gestacional.

El abordaje se lo ha realizado debido a la alta demanda de mujeres embarazadas adolescentes que ingresan al Servicio de Centro Obstétrico con esta complicación; hemos decidido investigar los factores de riesgo que inciden en esta patología. Tomando en cuenta que el desarrollo de esta enfermedad se da en nulíparas y multíparas debido a la presencia de diversos factores de riesgos biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.

En varios trabajos científicos hablan de factores de riesgo que predisponen a padecer trastornos hipertensivos durante el embarazo, ocasionado por las edades tempranas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, obesidad. En cambio otros observan la asociación de enfermedades crónicas entre ellas, antecedente familiar: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías y epilepsia.<sup>1</sup>

El objetivo de este trabajo es identificar los principales factores de riesgo que determina la aparición de preeclampsia y eclampsia en las adolescentes embarazadas, con el propósito de mejorar la calidad de atención con medidas preventivas y de control en beneficio del binomio materno fetal, que puede ser disminución de la tasa de mortalidad materna y neonatal o complicaciones del embarazo.

---

<sup>1</sup>Factores de Riesgo en las Embarazadas

[Http://www.slideshare.net/ilinoanaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente](http://www.slideshare.net/ilinoanaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente).

Hora: 11:33:45 :12-10-12:Pag.9

La realización de este trabajo de investigación se realiza mediante el levantamiento de información en el Servicio de Centro Obstétrico, para comprobar los datos se realizó encuestas en el Servicio de Ginecología a las jóvenes embarazadas, en el análisis e interpretación de resultados se identifica los diversos factores de riesgo que son presentados mediante tablas y gráficos estadísticos.

Una vez observado los resultados se propuso realizar un plan de capacitación dirigido a las adolescentes embarazadas que asisten a los controles prenatales en el Servicio de Consulta Externa.

El objetivo de la propuesta es elaborar un programa educativo sobre el embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos.

## JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, donde cumplimos el año de Internado rotativo como parte de nuestra formación académica, siendo uno de los requisitos para obtener el título profesional.

Tomando en cuenta el alto índice de desconocimiento de las madres adolescentes acerca de los factores de riesgo que inciden en los trastornos hipertensivos que se desarrollan durante el tercer trimestre de su gestación, se realiza el presente trabajo, **ya que de 1362 mujeres embarazadas que ingresan al Servicio de Centro Obstétrico durante el primer semestre del 2012, el 63% (858) son partos eutócicos, el 37% (504) por cesáreas de las cuales el 39% (196) son embarazadas adolescentes, el 11% (22) son jóvenes** que sufren trastornos hipertensivos, siendo los más prevalentes preeclampsia y eclampsia.

Es importante que las jóvenes embarazadas identifiquen los factores de riesgo para evitar complicaciones acudiendo a una unidad de salud a recibir atención oportuna. Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos de protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

Las adolescentes que se encuentran en riesgo a sufrir dichos trastornos, lo cual motiva a trabajar, en la realización de un Plan de educación acerca del embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos con énfasis en la prevención para disminuir la morbi-mortalidad materna mediante la educación a las adolescentes embarazadas que asisten a los controles prenatales en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato.

Aunque nuestra investigación se realiza en el Servicio de Centro Obstétrico existe una limitante para ejecutar la propuesta en el mismo porque las adolescentes se encuentran:

- a) Expuestas a diversas tensiones por evolución del parto.

- b) Es un área crítica.
- c) Espacio físico limitado.
- d) Es un servicio complementario donde las pacientes pasan muy corto tiempo.

La propuesta no se ejecuta en el Servicio de Centro Obstétrico porque está dirigida a la prevención de los trastornos hipertensivos.

La factibilidad de realizar en consulta externa es porque se cumple el objetivo de prevenir las complicaciones.

Es factible realizar la presente investigación ya que contamos con los recursos económicos necesarios, el apoyo de las autoridades, personal de salud y las adolescentes embarazadas, facilitando la elaboración y desarrollo de la misma.

|

## **PROBLEMA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El presente trabajo de investigación se realiza durante las pasantías como Internas Rotativas de Enfermería en el Hospital Provincial Docente Ambato, se observó que el 11% de adolescentes embarazadas de 12 a 18 años que ingresan al servicio de Centro Obstétrico presentan trastornos hipertensivos siendo los más comunes preeclampsia y eclampsia. Mediante la atención brindada por el personal médico y de enfermería se identificó que las jóvenes desconocen los factores de riesgo que inciden al desarrollo de las patologías antes mencionadas.

Todo este conjunto de factores han contribuido a provocar efectos agravantes en las mujeres embarazadas y a su vez se encuentran vulnerables a sufrir complicaciones llevándolas a un desenlace fatal.

Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPE), en la actualidad más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.<sup>2</sup>

Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla).<sup>3</sup>

La Enipla se ha planteado como metas reducir hasta 2013 en 25% la fecundidad no deseada, en especial en los sectores con mayor pobreza y menor educación; prevenir el embarazo en adolescentes en 25% y evitar la violencia sexual y el embarazo como directa consecuencia.<sup>4</sup>

---

<sup>2,3,4</sup><http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primeramente-en-la-region-andina-536177.html>:Publicado el 27/Febrero/2012 | 00:13

En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes<sup>5</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Qué factores de riesgo influyen en los trastornos hipertensivos gestacionales de las adolescentes embarazadas de 12 a 18 años que ingresan al Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo de Marzo - Octubre 2012?

---

<sup>5</sup><http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>:Publicado el 27/Febrero/2012 | 00:13

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimientos de la embarazadas adolescentes de 12 – 18 años que ingresan al Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo de Marzo - Octubre 2012, sobre los factores de riesgo que inciden en los trastornos hipertensivos gestacionales para prevenir complicaciones.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- ✓ Evitar complicaciones en las embarazadas adolescentes con trastornos hipertensivos gestacionales.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de las embarazadas adolescentes identificando los factores de riesgo así previniendo complicaciones.
- ✓ Elabora y ejecutar un plan de educación acerca del embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos dirigida a las embarazadas adolescentes que asisten a los controles prenatales en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato.

## **HIPÓTESIS**

El conocimiento de las adolescentes embarazadas sobre los principales factores de riesgo de los trastornos hipertensivos, previene las complicaciones como: preeclampsia, eclampsia y apoya la atención oportuna que disminuye la tasa de mortalidad materna neonatal en adolescentes.



## **VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Factores de Riesgo

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Trastornos Hipertensivos de las Adolescentes

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEMS</b>
Factores de riesgo	<p>Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de</p> <p>Personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de</p>	✗ Factores socio culturales.	<p>✗ Edad</p> <p>✗ Grado de instrucción.</p> <p>✗ Ocupación</p>	<p>1. 10 – 14</p> <p>2. 15 - 19</p> <p>✓ Primaria Completa.</p> <p>✓ Primaria Incompleta.</p> <p>✓ Secundaria Completa.</p> <p>✓ Secundaria Incompleta</p> <p>✓ Superior Incompleta</p> <p>1. Estudiante</p> <p>2. Empleada</p> <p>3. Quehaceres domésticos.</p>

	interacción.	<p>✗ Factores demográficos.</p> <p>✗ Factor socioeconómico.</p>	<p>✗ Etnia</p> <p>✗ Lugar de residencia</p> <p>✗ Vivienda</p> <p>✗ Dependencia económica.</p>	<p>1. Indígena.</p> <p>2. Mestizo.</p> <p>3. Afro ecuatoriana</p> <p>1. Urbano</p> <p>2. Rural</p> <p>3. Urbano Marginal.</p> <p>1. Propia</p> <p>2. Arredando</p> <p>3. Prestada</p> <p>✗ Dependiente</p> <p>✗ Independiente</p>
--	--------------	---	---	---

		<input checked="" type="checkbox"/> Hábitos alimenticios  <input checked="" type="checkbox"/> Estrés	<input checked="" type="checkbox"/> Ingreso económicos.  <input checked="" type="checkbox"/> Dieta  <input checked="" type="checkbox"/> Fisiológicas <input checked="" type="checkbox"/> Psicológicos	<input checked="" type="checkbox"/> 200,00 – 300,00 <input checked="" type="checkbox"/> 100,00 – 150,00 <input checked="" type="checkbox"/> Menor a 100,00 <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna  <input checked="" type="checkbox"/> Mucha sal (3 cucharaditas) <input checked="" type="checkbox"/> Moderada en sal (1 cucharadita) <input checked="" type="checkbox"/> Baja en sal (1/2 cucharaditas)  <input checked="" type="checkbox"/> Si - No <input checked="" type="checkbox"/> Si - No
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Antecedentes familiares</li>   <li>✗ Preferencia para la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Historia familiar</li>   <li>✗ Atención del parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Hipertensión arterial</li> <li>✗ Insuficiencia renal.</li> <li>✗ Preeclampsia</li> <li>✗ Diabetes</li>   <li>✗ Público</li> <li>✗ privado</li> <li>✗ Casa o Partera</li> </ul>
--	--	--	--	---

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS
Trastornos hipertensivos que presentan las adolescentes embarazadas	Es un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria. Se presenta después de la vigésima semana de la gestación y en la forma grave puede culminar con convulsiones o coma.	✗ Salud reproductiva	✗ Embarazos anteriores  ✗ Embarazo planificado  ✗ Controles prenatales	✗ Si - No  ✗ Si - No  ✗ 1 - 5 ✗ 6- 12

		<p>✘ Adolescentes que han presentado hipertensión durante su embarazo.</p> <p>✘ Nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de Preeclampsia y eclampsia.</p>	<p>✘ 140/100mmHg</p> <p>✘ 130/90mmHg</p> <p>✘ 120/90mmHg</p> <p>Signos y síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefalea.</li> <li>2. Visión borrosa.</li> <li>3. Acufenos</li> <li>4. Centellos</li> <li>5. Coluria</li> </ol>	<p>✘ Si - No</p> <p>✘ Si - No</p> <p>✘ Si - No</p> <p>✘ Si - No.</p>
--	--	--	---	--

			<p>Signos y síntomas de eclampsia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. convulsiones.</li> <li>2. Epigastralgia</li> <li>3. Dolor muscular.</li> <li>4. Pérdida de conocimiento.</li> </ol>	<p>✗ Si - No</p>
		<p>✗ Embarazadas que presentan retención de líquidos</p>	<p>Edema durante la gestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Edema generalizado.</li> <li>✗ Edema en cara</li> <li>✗ Edema de manos.</li> <li>✗ Edema en miembros inferiores.</li> </ul>	<p>✗ Si - No</p>



# CAPITULO I

## MARCO TEORICO

### 1.1. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

**La OMS define como adolescencia.** Al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.<sup>6</sup>

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

### 1.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

**ADOLESCENCIA TEMPRANA (entre 12 y 14 años):** los adolescentes han completado sus cambios puberales, empiezan a ser más independientes y quieren más privacidad. Hay una pérdida de interés por los padres y aparecen intensas amistades con adolescentes del mismo sexo. Surgen cuestiones más complejas sobre los cambios físicos, emociones y comportamiento sexual y existe una intensa preocupación por la imagen corporal.

En este periodo un embarazo supone una confusión mental muy intensa, la joven se comporta más como una niña que como una adulta y pretender que actué como tal sería totalmente ineficaz y contraproducente.

---

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud - OMS. [Sede Web] Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado junio 2009. Disponible en <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>>. Consultado el 31 de agosto de 2011. HORA: 14:23; 16-08-2012.

**ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 AÑOS):** se va añadiendo información adicional sobre orientación sexual, métodos anticonceptivos, funciones y disfunciones sexuales y educación sexual. Hay mucho de “experimentación” en el comportamiento sexual. Se manifiestan sentimientos de invulnerabilidad, con conductas omnipotentes generadoras de riesgo. Preocupación máxima por la apariencia, fascinación por la moda.

El embarazo en esta etapa puede suceder como fruto de esa invulnerabilidad y experimentación. Generalmente lo viven como “sorprendente”, pues piensan que a ellas jamás les podría pasar. En general, si los adultos responsables de ellos proponen la interrupción del embarazo, muchas se negaran hacerlo por el simple hecho de venir la propuesta de quien viene (etapa de máximo conflicto con los padres). Además se sienten confiadas de poder llevar a cabo una crianza por si solas. No realizan los estudios solicitados, ni siquiera concurren al control médico perinatal.

**ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 AÑOS):** vuelven a aproximarse a los padres, hay un predominio de las relaciones interpersonales sobre las grupales, desarrollo de un sistema de valores propio, se plantean metas vocacionales más reales, hay una aceptación de su imagen corporal y se entra en una etapa de estabilidad afectiva.

El embarazo se evitara con éxito si hay un proyecto de vida claro. En otros casos, quedaran embarazadas porque su meta es esa, porque buscan llenar a través del hijo el vacío producido por carencias afectivas de la infancia, o por el pensamiento de que esta es la función de la mujer o como acto de rebeldía hacia los padres, intentando conseguir de ese modo la aceptación de su pareja.

En esta etapa la adolescente si acude al médico, aceptando hacerse los exámenes solicitados.

### 1.3. FACTORES DE RIESGO

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgos biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.<sup>7</sup>

#### 1.3.1. FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los principales factores de riesgo son:<sup>8</sup>

- **Edad temprana** en adolescentes debido a que su sistemas no están completamente desarrollados y no esta psicológicamente madura, siendo u factor de riesgo la edad para que pueda presentarse trastornos hipertensivos.
- El **antecedente familiar** de maternidad adolescente es muy frecuente, generando situaciones conflictivas entre los padres que acentúan el conflicto con la adolescente y aumenta la sensación de culpa, soledad y fracaso.
- La vida en determinadas **comunidades** donde la procreación a una edad temprana es común y no un tema de preocupación, tales como en algunos medios rurales o clases sociales desfavorecidas.
- Debemos tener en cuenta que el perfil de madre adolescente es **soltera**, dedicada a las labores domésticas y fuera del sistema educativo.
- La **falta de participación** en actividades escolares, familiares o comunitarias, falta del sistema de apoyo o carencias afectivas que buscan compensar a

---

<sup>7</sup><http://www.slideshare.net/ilianaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente>. Hora. 17:00; 18-10-2012

<sup>8</sup>Martín-Loeches M, Catalá E, Ortí RM, Mínguez J, Rius J. Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana. Clin Invest Gin Obst 2002; 29 (1): 2-6.

través de un hijo. La percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal puede hacer que la única meta sea la maternidad.

- La discriminación por las instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ve frustrados.
- **Falta de educación sexual:** Muchas adolescentes llegan a esta edad sin información sobre las funciones sexuales, relación entre sexos y formas de prevenir el embarazo. La falta de este tipo de educación se debe principalmente a una carencia familiar, muchos padres rehúyen la responsabilidad de formar a sus hijos con el tema de sexo. A ello se suma la sobrevaloración del sexo que existe en la cultura actual, donde las relaciones sexuales sin otros vínculos son comunes, aceptadas y esperables.
- Primigestas de bajo nivel socioeconómico puede provocar muchas consecuencias adversas como preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo.
- La **deficiente nutrición** en gestantes muy jóvenes.
- El embarazo en la adolescencia puede tener un riesgo obstétrico sobre todo cuando no existe un **buen control prenatal**. Es básicamente un problema sicosocial, asociado al deseo o no de ser madre.
- **Falta de información sobre métodos anticonceptivos.-** Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.<sup>9</sup>

---

9 Callejas S, Fernández B, Méndez P, León T, Fábrega C, Villarín A, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Ciudad de Toledo. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 581-9.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia una vez al mes a cada varios años y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia.

El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.

### **13.2. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES**

**Individuales:** Menarquía precoz, bajo nivel académico, impulsividad, baja autoestima, antecedentes familiares, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

**Social:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, vivir en un área rural, trabajo no calificado, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de las adolescentes, propagandas que incitan las relaciones sexuales.

**Psicológicos:** Experiencias emocionales, sentimientos de esperanza, angustia, miedo, preocupación, huir de un ambiente difícil, como sobrevivir económicamente, emociones fuertes y variadas, el tener que aceptar y enfrentar esta situación le produce tensión y angustia.

**Físicos:** Cambios que experimenta su organismo que son rápidos e inevitables, aumento y ganancia de peso, cambios nutricionales.

**Económicos:** La pobreza e inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para las adolescentes, limitadas oportunidades educativas, el incremento del riesgo de vivir bajo circunstancias difíciles y en condiciones inadecuadas.

**Estrés en madre adolescente:** Mecanismos de defensa para afrontar una situación de la cual se sienta amenazada, cambios físicos, alteración del núcleo familiar, responsabilidad y la toma de decisiones

El mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se proporcione. Frecuentemente se presenta un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

Los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo del embarazo.

La funcionalidad de las familias de las adolescentes embarazadas se encuentra alterada, lo que hace que las jóvenes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo ni el cariño necesario por parte de su familia. Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción sobre sexualidad en adolescentes

#### **1.4. COMPORTAMIENTOS PRENATALES DE RIESGO**

- Autoimagen negativa.
- Preocupación excesiva por la apariencia física.
- Problemas psicológicos y emocionales.
- Fluctuaciones extremas del humor y estado de ánimo.
- Quejas somáticas excesivas.

- Falta de apoyo de la pareja y/o familia.
- Dificultades en el ámbito escolar.

## **1.5. PROBLEMAS MÉDICOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

En las gestantes adolescentes son más frecuentes una serie de complicaciones, ya sea por la edad temprana de las embarazadas o por circunstancias sociales y económicas asociadas.<sup>10</sup>

- Anemia
- Vómitos
- Infecciones
- Infecciones de transmisión sexual.
- Alteraciones nutricionales.
- Parto pretérmino.
- Aborto

Entre las complicaciones más relevantes tenemos:

- **Síndrome depresivo:** Las adolescentes pueden tener una gran variedad de respuestas emocionales ante el diagnóstico de un embarazo. Las jóvenes toman una actitud negativa acompañada de sentimientos de apatía, miedo, llanto.

---

<sup>10</sup>Shpiguelman D. El embarazo en la adolescencia. Aspectos médicos sociales. ( jornadas anuales en Internet) 2001.(consultado el 20/07/2012). Disponible en: [http://www.aapf.com.ar/embarazo\\_adolescencia.htm](http://www.aapf.com.ar/embarazo_adolescencia.htm).



- **Trastornos hipertensivos:** existen estudios que ponen de manifiesto que las gestantes muy jóvenes tienen un particular riesgo para presentar hipertensión durante el embarazo.

La enfermedad hipertensiva está relacionada con la nuliparidad y la mayoría de gestantes adolescentes son nulíparas. La presencia de preeclampsia y eclampsia es 5 veces más frecuente en menores de 17 años y se atribuye al desarrollo endocrino y biológico para adaptarse a la gestación.

<b>1.7. PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA MADRE ADOLESCENTE</b>	
<b>RIESGO</b>	<b>ACTUACION</b>
Primera consulta tardía	-Diagnostico Precoz.  -Facilitar el acceso a las consultas.
Abuso de tóxicos	-Soporte individual de pareja y familiar.
Malos hábitos dietéticos	-Educación nutricional.
Control prenatal inadecuado	-Atención por personal calificado.  -Control periódico e integral de la embarazada.  -Atención diferenciada.
Síndrome depresivo	-Evaluar sistemáticamente alteraciones psicológicas.
Nuevo embarazo no deseado	-Recomendar anticoncepción durante el

	puerperio.
Trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia	-Identificar los factores de riesgo que predisponen para que se presente la enfermedad.

## 1.8. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Conjunto de desórdenes caracterizados por la elevación de la presión arterial durante la gestación.<sup>11</sup>

### 1.9. CLASIFICACIÓN

**Preeclampsia.**-Tensión Arterial sistólica  $\geq 140$  mm Hg o Tensión Arterial diastólica  $\geq 90$  mm Hg en embarazo  $\geq 20$  semanas en mujer previamente normotensa. Proteinuria en 24 h  $\geq$  a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++.<sup>12</sup>

#### 1.9.1. CLASIFICACION DE LA PREECLAMPSIA.

- **LEVE:** Tensión Arterial sistólica  $\geq 140$  y  $< 160$  mm Hg. Tensión Arterial diastólica  $\geq 90$  y  $< 110$  mm Hg en embarazo  $> 20$  semanas.<sup>13</sup> Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++. Proteinuria en 24 horas **POSITIVA**. Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.
- **GRAVE:** • Tensión Arterial sistólica  $\geq 160$  mm Hg. Tensión Arterial diastólica:  $\geq 110$  mm Hg en embarazo  $> 20$  semanas. Proteinuria  $> 3g$  en 24 horas o

---

<sup>11</sup>Trastornos hipertensivos del embarazo. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGÓ). Progresos de Obstetricia y Ginecología 2007; 50 (7): 446-56.

<sup>12,10</sup> Componente Normativo Materno Neonatal |Trastornos Hipertensivos Gestacionales del Ministerio de Salud Pública agosto del 2008. Pág. 165- 166

Proteinuria en tirilla reactiva ++ / +++. <sup>14</sup>Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

**1.9.2. Eclampsia.**-TA  $\geq$ 140/90 mm Hg en embarazo >20 semanas. Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ , en 24 horas >300 mg. Convulsiones tónico clónicas o coma.<sup>15</sup>

### **1.9.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA**

- ✓ Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- ✓ Hemólisis.
- ✓ Plaquetas <100000 mm<sup>3</sup>.
- ✓ Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- ✓ Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- ✓ 1Edema agudo de pulmón.
- ✓ Insuficiencia renal aguda.

## **1.10. DIAGNOSTICO**

### **ANAMNESIS**

- ✓ Embarazo mayor de 20 semanas.
- ✓ Si embarazo menor de 20 semanas sospeche de hipertensión arterial crónica.
- ✓ Antecedentes de trastornos hipertensivos gestacionales en embarazos previos o hipertensión arterial crónica.
- ✓ Asintomática o sintomática variable: cefalea, tinnitus, acufenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, ictericia.

---

<sup>10</sup>Componente Normativo Materno Neonatal |Trastornos Hipertensivos Gestacionales del Ministerio de Salud Pública agosto del 2008. Pág. 165- 166

- ✓ Convulsiones tónico clónico o coma.
- ✓ Factores de riesgo adicionales:
- ✓ Primer embarazo.
- ✓  $\geq 10$  años de diferencia desde el último parto.
- ✓ Edad  $\geq 40$  años.
- ✓ IMC  $\geq 35$ .
- ✓ Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana).
- ✓ Condiciones patológicas subyacentes: Hipertensión, enfermedad renal o diabetes preexistente, presencia de Anticuerpos antifosfolipídicos.

### **1.11. EXAMEN FÍSICO**

- ✓ TA diastólica  $> 90$  mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas. Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor en las dos tomas.
- ✓ Reflejos osteotendinosos positivos: escala de 0 a 5.
- ✓ Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan.
- ✓ Actividad uterina presente o no.

### **1.12. EXÁMENES DE LABORATORIO**

#### **EVALUACION MATERNA:**

- ✓ Evaluación hematológica: hematocrito, hemoglobina, (Anemia hemolítica con esquistocitosis) recuento plaquetario ( $< 150.000/mm^3$ ), grupo y factor, TP, TTP, HIV (previo consentimiento informado).
- ✓ Evaluación de la función renal: creatinina, urea, ácido úrico, EMO, Urocultivo, proteinuria en tirilla reactiva, si es positiva solicite proteinuria en 24 horas.

- ✓ Evaluación hepática: transaminasas (TGO, TGP > 40 UI/L), bilirrubinas, (>1.1 mg/dl. a expensas de la indirecta) deshidrogenasa láctica (LDH: >600 U/L).
- ✓ Evaluación metabólica: Glucosa.
- ✓ Ecografía hepática en sospecha de hematoma subcapsular.
- ✓ Electrocardiograma, ecocardiograma, fondo de ojo, clearance de creatinina en hipertensión crónica.

#### **EVALUACION FETAL:**

- ✓ Perfil Biofísico y/o flujometría doppler en >28 semanas.
- ✓ Monitoreo fetal Electrónico a partir de 28 semanas.

#### **1.13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

- ✓ Hipertensión crónica.
- ✓ Hipertensión secundaria a otras etiologías.
- ✓ Hígado graso agudo del embarazo.
- ✓ Colestasis intrahepática.
- ✓ Hepatitis viral.
- ✓ Cirrosis.

## 1.14. TRATAMIENTO<sup>16</sup>

<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES</b> (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
2. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión arterial.</li> <li>• Frecuencia cardíaca.</li> <li>• Frecuencia respiratoria.</li> <li>• Temperatura.</li> <li>• Reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5).</li> <li>• Estimación de la edad gestacional.</li> <li>• Frecuencia cardíaca fetal por cualquier método.</li> <li>• Actividad uterina para ubicación en la etapa de la labor de parto correspondiente (si aplica).</li> </ul>	X	X	X
3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPSIA.	X	X	X
4. Con el diagnóstico probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO. (ver más adelante)	X	X	X
5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo.	X	X	X
6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP,</li> </ul>			

<sup>16</sup>Componente Normativo Materno Neonatal |Trastornos Hipertensivos Gestacionales del Ministerio de Salud Pública agosto del 2008. Pág. 169 -176.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL.</li> <li>• Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico,</li> <li>• TGO, TGP, BT, BD, BI, deshidrogenasa láctica</li> <li>• EMO, proteinuria en tirilla reactiva.</li> <li>• Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas.</li> </ul>	X	X	X
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	X	X	X
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X	X	X
9. Brinde apoyo emocional continuo	X	X	X
<b>SI EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS.</b>	<b>NIVEL</b>		
10. Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg sospeche HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA.	X	X	X
11. Realice proteinuria en tirilla.	X	X	X
12. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA SIN PROTEINURIA. Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, Considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h, o</li> <li>▪ Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o</li> <li>▪ Nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h.</li> </ul>	X	X	X
13. Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad materna: &gt;40 años.</li> <li>▪ Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional.</li> <li>▪ Duración de la hipertensión: &gt;15 años.</li> <li>▪ Diabetes mellitus (Clases B a F).</li> <li>▪ Enfermedad renal (por cualquier causa).</li> <li>▪ Miocardiopatía.</li> <li>▪ Colagenopatía.</li> <li>▪ Coartación de la aorta.</li> <li>▪ Antecedentes de accidente cerebro vascular.</li> <li>▪ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.</li> </ul>	X	X	X
14. Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo (Ver más adelante).	X	X	X
15. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.	X	X	X
16. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad			

operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.	X	X	X
<b>SI EMBARAZO MAYOR DE 20 SEMANAS</b>	<b>NIVEL</b>		
<b>17.</b> Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
<b>18.</b> Realice proteinuria en orina. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION GESTACIONAL.	X	X	X
<b>19.</b> Si proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en: PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA. SINDROME DE HELLP. HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.	X	X	X
<b>20.</b> Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.	X	X	X
<b>21.</b> NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo. Dieta normo calórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante.	X	X	X
<b>22.</b> Canalización de vía intravenosa con Catlón 16 o 18 para administración de cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas posparto. No use coloides de primera elección.	X	X	X
<b>23.</b> Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama (véase adelante) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	X	X	X
<b>24.</b> Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	X	X	X
<b>25.</b> Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), FCF (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto). <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma.</li> <li>▪ Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto</li> </ul>	X	X	X



hasta el momento del alta.			
<b>26.</b> Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 4-6 l/min por catéter nasal si dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia	X	X	X
<b>27.</b> Comunique del caso al Servicio de Neonatología.	X	X	X
<b>PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA</b>	<b>NIVEL</b>		
<b>28.</b> USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DOSIS DE IMPREGNACION: 4 g SO<sub>4</sub> Mg IV en 20 minutos.</li> <li>▪ DOSIS DE MANTENIMIENTO: 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.</li> <li>▪ EN TODA PREECLAMPTICA INDEPENDIENTE DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA O NEUROLOÓGICA.</li> <li>▪ EN HIPERTENSION GESTACIONAL EXCLUSIVAMENTE SI LA PACIENTE PRESENTA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA O NEUROLOÓGICA IMPORTANTE QUE ANTICIPE ECLAMPSIA.</li> <li>▪ EN HIPERTENSIOÓN CRONICA NO ES NECESARIO EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO.</li> <li>▪ Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del Sulfato de Magnesio.</li> <li>▪ Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámptica.</li> </ul>	X	X	X
<b>29.</b> USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DOSIS DE IMPREGNACIÓN: 6 g SO<sub>4</sub> Mg IV en 20 minutos.</li> <li>▪ DOSIS DE MANTENIMIENTO: 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.</li> <li>▪ Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora)</li> <li>▪ Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámptica</li> </ul>	X	X	X
<b>30.</b> SUSPENDA O RETARDE EL SULFATO DE MAGNESIO SI: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frecuencia respiratoria &lt; 16 respiraciones por minuto.</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reflejos osteotendinosos están ausentes.</li> <li>▪ Diuresis &lt; 30 cc/h durante las 4 horas previas.</li> </ul> <p>Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administre Gluconato de Calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria.</li> <li>▪ Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación.</li> <li>▪ Administre oxígeno a 4 l/min por catéter nasal o 10 l/min por máscara.</li> </ul>	X	X	X
<b>TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS</b>	<b>NIVEL</b>		
<p><b>31.</b> Si TA diastólica &gt;110 mm Hg administrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HIDRALAZINA 5 – 10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV.</li> <li>▪ NIFEDIPINA 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas.</li> <li>▪ Si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.</li> </ul> </li> </ul>	X	X	X
<p><b>32.</b> CONSIDERE MANEJO EXPECTANTE DE LA HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA SOLO EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con las medidas iniciales la PA se controla.</li> <li>▪ PA sistólica entre 140 – 155 mm Hg.</li> <li>▪ PA diastólica entre 90 -105 mm Hg.</li> </ul> <p>Considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o</li> <li>▪ nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o</li> <li>▪ nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h.</li> </ul>	X	X	X
<p><b>33.</b> Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.</p>	X	X	X
<p><b>34.</b> Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de</p>	X	X	X

impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.			
<b>FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO</b>	<b>NIVEL</b>		
<p><b>35.</b> Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TA diastólica =o&gt; 110 mm Hg o TA sistólica =o&gt;160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas.</li> <li>▪ Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1cc/Kg/h)</li> <li>▪ Proteinuria en 24 horas &gt;3 gr. ó +++ en tirilla reactiva.</li> </ul> <p><b>36.</b> Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convulsiones (eclampsia)</li> <li>▪ Síndrome de HELLP agravado por:</li> <li>▪ Plaquetopenia &lt;50.000 / mm<sup>3</sup></li> <li>▪ LDH: &gt; 1400 UI/L</li> <li>▪ TGO: &gt; 150 UI/L</li> <li>▪ TGP: &gt; 100 UI/ L</li> <li>▪ Ácido Úrico: &gt; 7,8 mg/dl</li> <li>▪ Creatinina: &gt; 1 mg/dl</li> </ul>		X	X
<p><b>37.</b> Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno del bienestar fetal (ver capítulo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oligohidramnios ILA &lt;4.</li> <li>▪ Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico.</li> <li>▪ Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas.</li> <li>▪ En arteria umbilical: Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. Ausencia o inversión de diástole.</li> <li>▪ En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad.</li> <li>▪ Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical &lt; 1.</li> </ul>		X	X
<p><b>38.</b> Terminación de embarazo por cesárea: se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embarazo &lt; 32 semanas y Bishop &lt; 6.</li> <li>▪ Síndrome de HELLP con signos de gravedad.</li> </ul>		X	X

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coagulación intravascular diseminada (ver complicaciones de HELLP más adelante).</li> </ul>			
<p><b>39.</b> Si plaquetas &lt; 100. 000 mm<sup>3</sup> se contraindica la anestesia peridural.</p>		X	X
<p><b>40. SI EMBARAZO &gt;34 SEMANAS:</b> Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bishop &lt; 6 = Maduración cervical.</li> <li>▪ Bishop &gt; 6 y actividad uterina &lt; 3/10 = CONDUCCION.</li> <li>▪ Bishop &gt; 6 y actividad uterina &gt; 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA.</li> </ul>		X	X
<p><b>41. SI EMBARAZO &lt;34 SEMANAS Y:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LA CONDICION DE T/A ES ESTABLE.</li> <li>▪ SIN CRISIS HIPERTENSIVAS.</li> <li>▪ SIN SIGNOS DE COMPROMISO MATERNO O FETAL.</li> <li>▪ TOCOLISIS</li> <li>▪ <b>NIFEDIPINA</b> 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.</li> <li>▪ <b>O INDOMETACINA</b> (sólo en &lt; 32 semanas) 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas.</li> <li>▪ <b><u>MADURACIÓN PULMONAR FETAL</u></b> Si embarazo &gt;24 y &lt;34 semanas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).</li> <li>▪ Betametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).</li> </ul> </li> </ul>		X	X
<p><b>42.</b> Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato Ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.</p>		X	X
<p><b>43.</b> EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO NO DIFIERE DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO DE BAJO RIESGO. (VER PROTOCOLO DE MANEJO DE PARTO NORMAL)</p>		X	X
<p><b>44.</b> Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo en especial el Síndrome de HELLP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hematoma subcapsular hepático.</li> <li>▪ Ruptura hepática.</li> <li>▪ Coagulación intravascular diseminada.</li> <li>▪ Falla renal.</li> <li>▪ Edema agudo de pulmón.</li> <li>▪ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.</li> </ul>		X	X

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragia posparto. (Ver protocolo de manejo más adelante).</li> </ul>			
<b>45.</b> Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		X	X
<b>46.</b> Programe una cita para control posparto acorde con manejo de puerperio y reevalúe a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.		X	X
<b>47.</b> No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrareferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		X	X

# CAPITULO II

## DISEÑO METODOLOGICO

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio a realizar es:

➤ **Investigación descriptiva**

Este tipo de estudio nos permite determinar el nivel de incidencia en adolescentes embarazadas a presentar trastornos hipertensivos y el grado de conocimiento sobre los factores de riesgo que influyen al desarrollo de preeclampsia y eclampsia.

➤ **Investigación transversal**

¿Nuestro estudio se da en un determinado tiempo de Marzo a Octubre del 2012 y se basa en ¿Cuántas embarazadas de las que sufrieron preeclampsia y eclampsia son madres adolescentes? y ¿Qué factores de riesgo inciden en la aparición de los trastornos hipertensivos?

➤ **Intervención**

Porque se realizó capacitaciones a las adolescentes embarazadas que asisten a los controles prenatales en el Servicio de Consulta Externa con el fin de dar a conocer los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos para evitar complicaciones, logrando que acudan a una unidad de salud a recibir atención y el tratamiento oportuno.

### 2.2. UNIVERSO

El **universo** es la población objeto de estudio es la totalidad de embarazadas adolescentes con trastornos hipertensivos que asisten al Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, siendo un total de 22 jóvenes embarazadas que presentan preeclampsia, eclampsia

### **2.3. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica de recolección de datos se realiza mediante la aplicación de encuestas y revisión de historias clínicas de las embarazadas adolescentes y madres de post parto mediato que son diagnosticadas con trastornos hipertensivos, que se encuentran en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial Docente Ambato, ya que no es factible realizar las encuesta en el Servicio de Centro Obstétrico debido a que se encuentra vulnerables durante la evolución del parto por lo que no proporciona información real.

### **2.4. TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

El procesamiento de datos se efectuó de manera computarizada mediante una base de datos del programa Microsoft Office Excel, el respectivo análisis de los resultados se realizó a través de promedios y porcentajes, la presentación será expuesta mediante tablas y gráficos estadísticos.

### **2.5. TECNICA DE PROCESAMIENTOS, ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS**

La presentación de los resultados se realiza mediante tablas y gráficos estadísticos, que permiten analizar e interpretar los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas que padecen trastornos hipertensivos durante el periodo de estudio.



# CAPITULO III

### 3.1. ANALISIS, PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

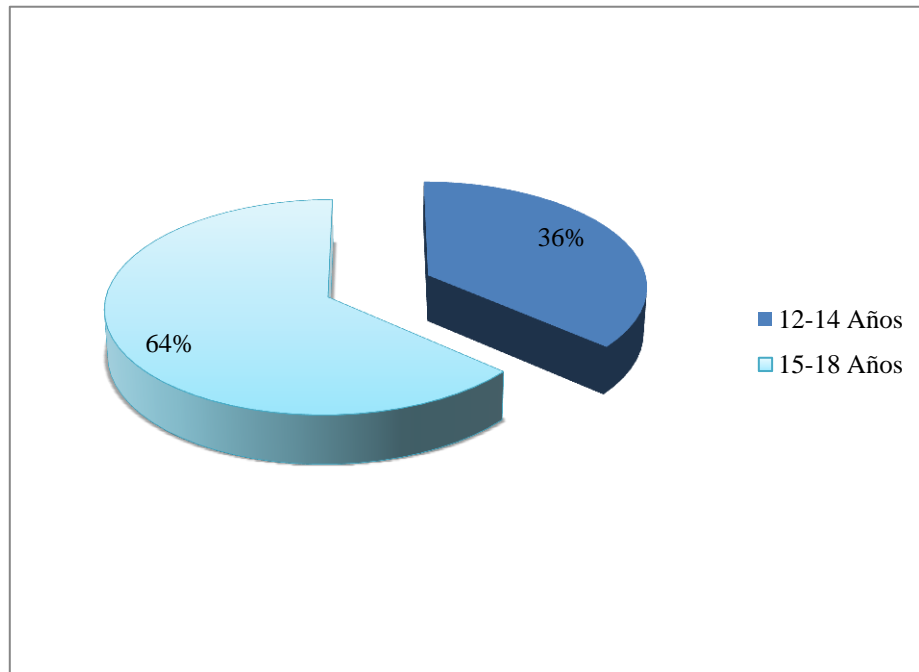
**TABLA 1**

<b>1. EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>		
<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
12-14 Años	8	36%
15-18 Años	14	64%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 1**



## **ANÁLISIS:**

La edad de las adolescentes es de 10 a 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana comprendida entre 12-14 años y la tardía de los 15-19 años de edad. La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes: social, psicológico, sexual y físico, siendo este un campo importante para la presencia de toda clase de problemas, dando una probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años.

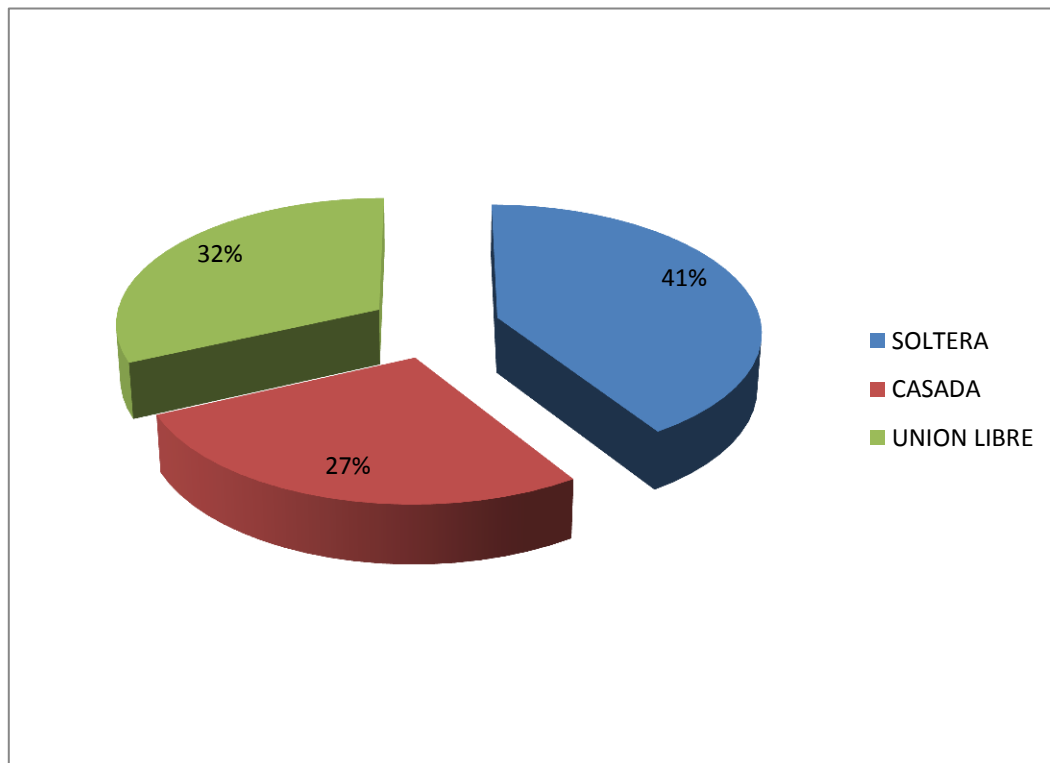
**TABLA 2**

<b>2. ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS</b>		
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Soltera	9	41%
Casada	6	27%
Unión libre	7	32%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 2**



## **ANÁLISIS:**

Una situación de riesgo que presentan las adolescentes es la condición de madre soltera más del 40% de embarazadas adolescente son solteras, es un problema social creciente que genera situaciones difíciles, ya que no se hallan en condiciones físicas, psicológicas ni sociales para la conducción y sostenimiento de un hogar. El 59 % de las jóvenes se encuentran unidas, formando una familia, sea en condición de casadas o en situación de convivientes. Para las adolescentes es relativamente ventajoso el poder afrontar la maternidad unidas con su pareja.

Sin embargo, esta aparente ventaja, pierde importancia cuando se aprecia que la mayoría de ellas se encuentran en situación de convivencia, es decir, sin el amparo legal, psicológico, moral y social que brinda el matrimonio civil.

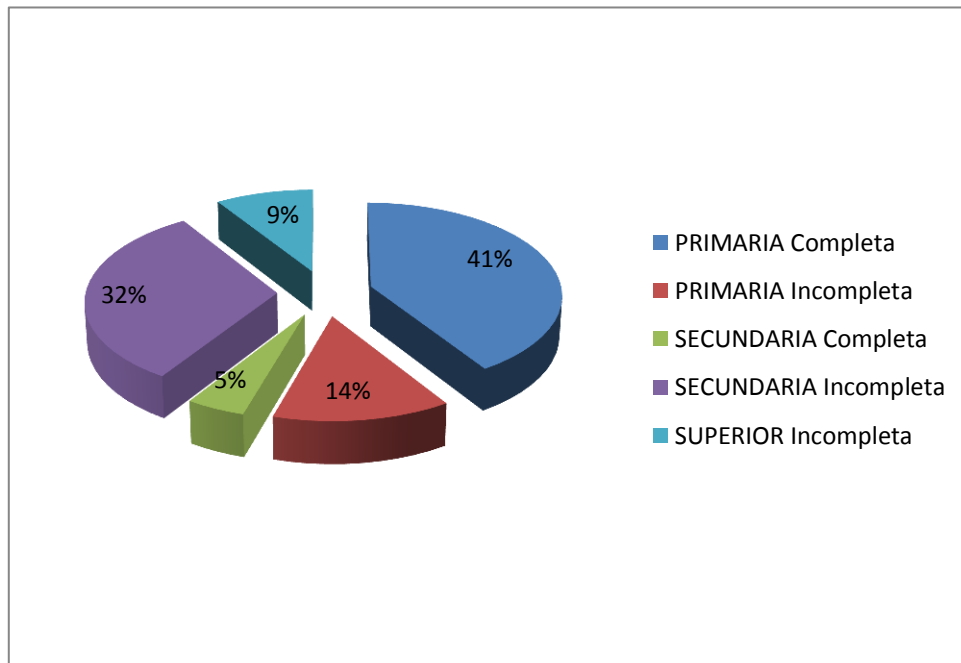
**TABLA 3**

<b>3. ESCOLARIDAD</b>			
<b>CATEGORÍA</b>	<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PRIMARIA</b>	Completa	9	41%
	Incompleta	3	14%
<b>SECUNDARIA</b>	Completa	1	5%
	Incompleta	7	32%
<b>SUPERIOR</b>	Incompleta	2	9%
<b>TOTAL</b>		22	100%

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 3**



## **ANÁLISIS:**

Uno de los principales factores de riesgo para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar durante su permanencia es deficiente, puesto que la reincidencia es mayor al promedio general nacional.

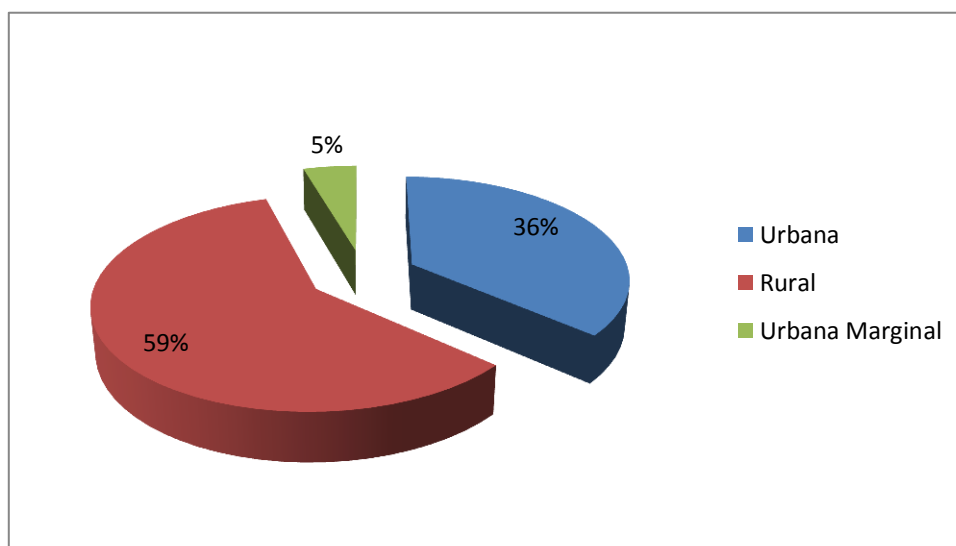
**TABLA 4**

<b>4. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE RESIDENCIA</b>		
<b>RESIDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Urbana	8	36%
Rural	13	59%
Urbana Marginal	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 4**



**ANÁLISIS:** Las adolescentes que habitan en un medio de población rural son las que pertenecen a sectores sociales más desprotegidos con menos posibilidades de acceso a educación, servicios de salud, nivel de vida económica; debido a las circunstancias en las que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares y están expuestas a factores culturales que influyen en su gestación.



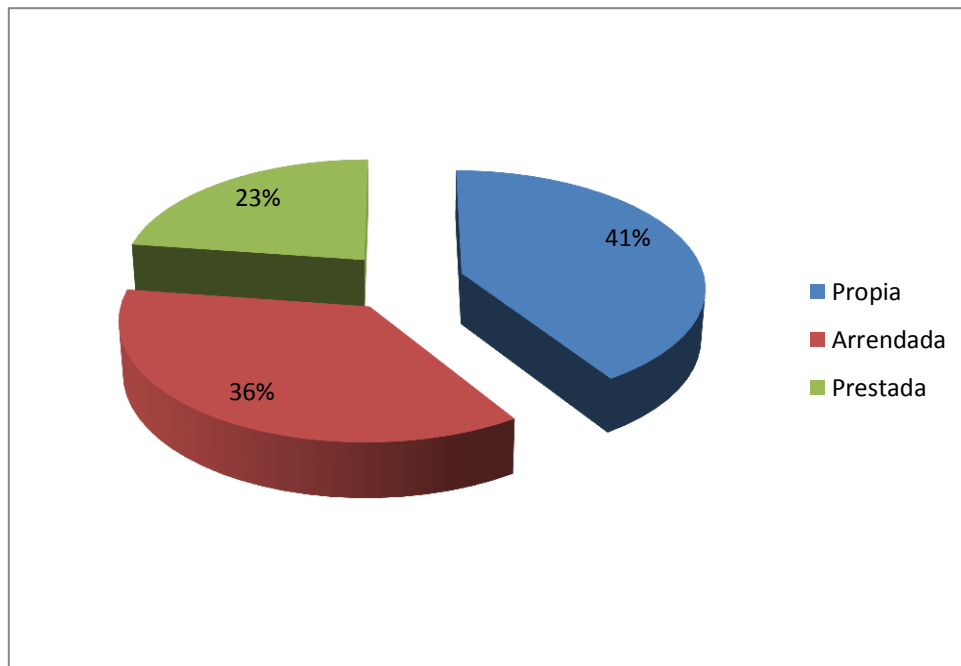
**TABLA 5**

<b>5. VIVIENDA</b>		
<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Propia	9	41%
Arrendada	8	36%
Prestada	5	23%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 5**



## **ANÁLISIS:**

La maternidad adolescente aumenta la posibilidad de vivir como allegada y reduce la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear. Las jóvenes que residen en vivienda propia tienen seguridad, las demás no porque necesitan ingresos para poder subsistir y satisfacer sus necesidades.

Sin embargo la aparición de un embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros alterando el estado de equilibrio familiar que puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

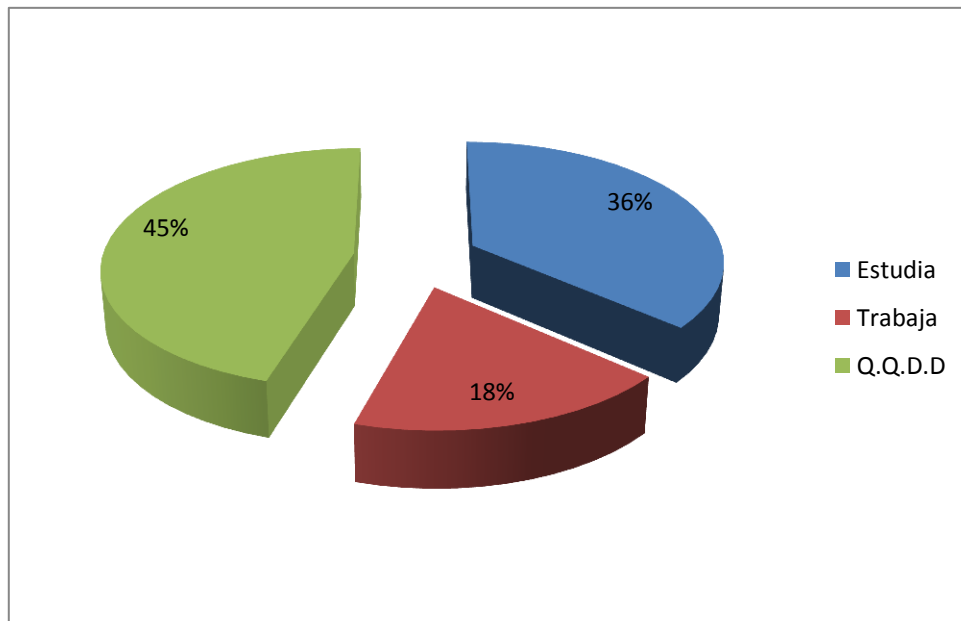
**TABLA 6**

<b>6. OCUPACIÓN LABORAL ACTUAL</b>		
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUANCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Estudiante	8	36%
Empleada	4	18%
Q.Q.D.D	10	45%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 6**



## **ANÁLISIS:**

Las adolescentes que tienen dependencia de sus progenitores o pareja son aquellas que se desenvuelven en su respectivo hogar, además no existe un estímulo familiar que les permita la superación personal y profesional, las mujeres que continúan sus estudios se debe a que reciben el apoyo de sus padres, mientras que las jóvenes embarazadas que se encuentran sujetas al trabajo tienen la responsabilidad de ayudar a sustentar los ingresos económicos en sus hogares.

Las mujeres ante el bajo grado de escolaridad, se fijan como meta la maternidad o el matrimonio ante las pocas aspiraciones.

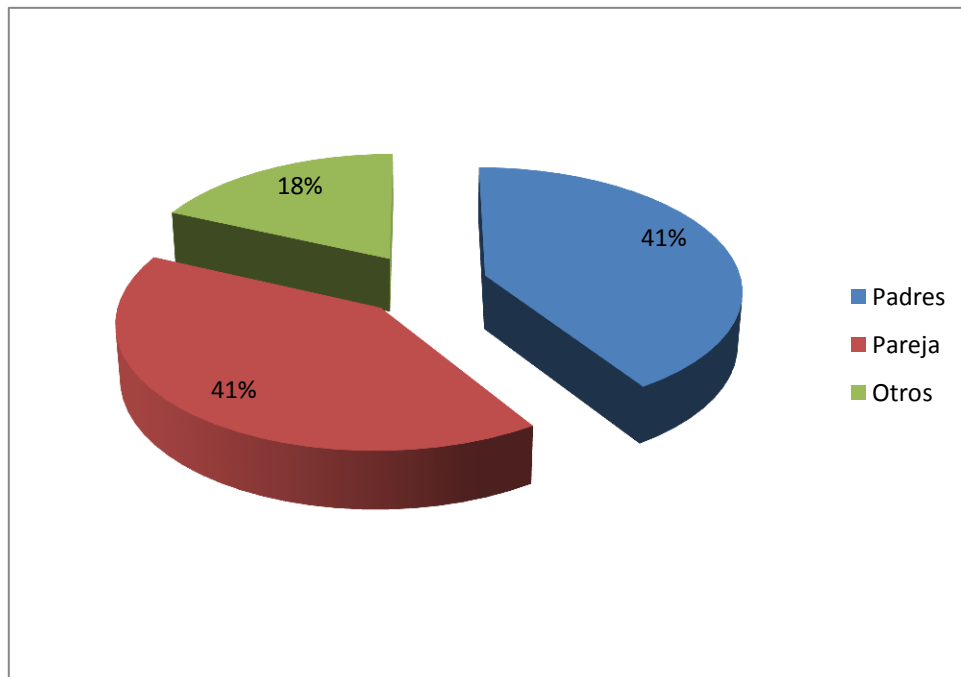
**TABLA 7**

<b>7. DEPENDENCIA ECONÓMICA</b>		
<b>DEPENDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>ALTERNATIVA</b>
Padres	9	41%
Pareja	9	41%
Otros	4	18%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 7**



## **ANÁLISIS:**

La maternidad temprana tiene más efectos económicos que sociales, ocasionando pobreza en las adolescentes de bajos ingresos.

Los problemas económicos en el hogar es uno de los principales desencadenantes de inestabilidad emocional en las adolescentes lo que conlleva a conseguir apoyo fuera del núcleo familiar, y a no medir las futuras consecuencias que son pasar de la dependencia de sus padres a la de su pareja, Además, los ingresos económicos insuficientes, conducen a un embarazo precoz que no permite satisfacer las necesidades básicas.

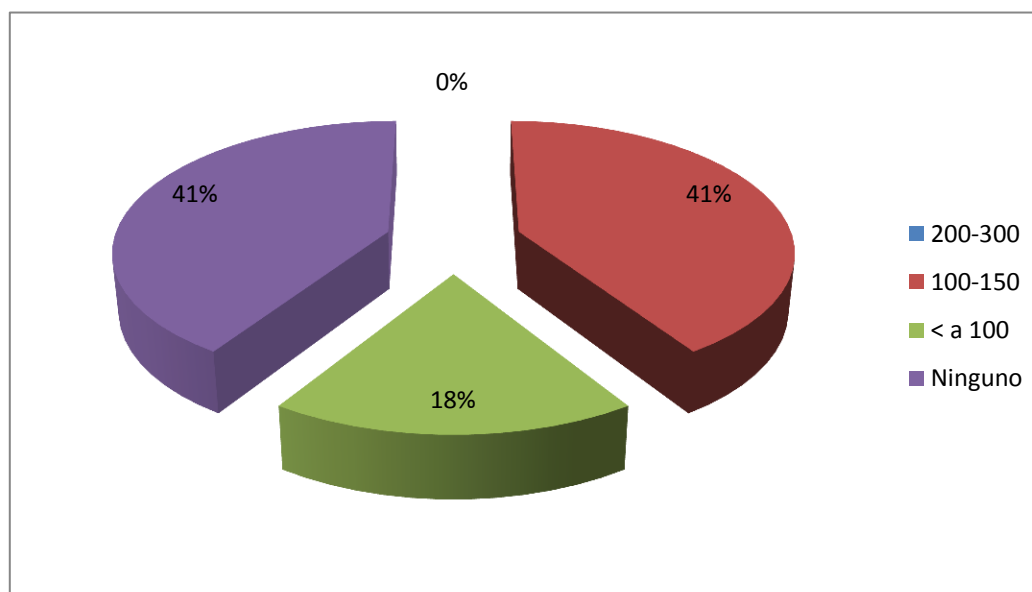
**TABLA 8**

<b>8. INGRESO ECONÓMICO MENSUAL</b>		
<b>INGRESO</b>	<b>FRECUANCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
200-300	0	0%
100-150	9	41%
< a 100	4	18%
Ninguno	9	41%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 8**



**ANÁLISIS:** La maternidad es un rol de la edad adulta, lo cual marca el inicio de una responsabilidad económica a corto, mediano y largo plazo para la cual las adolescentes embarazadas cuentan con recursos económicos escasos y con frecuencia pasan de la dependencia de los padres a la de su pareja.

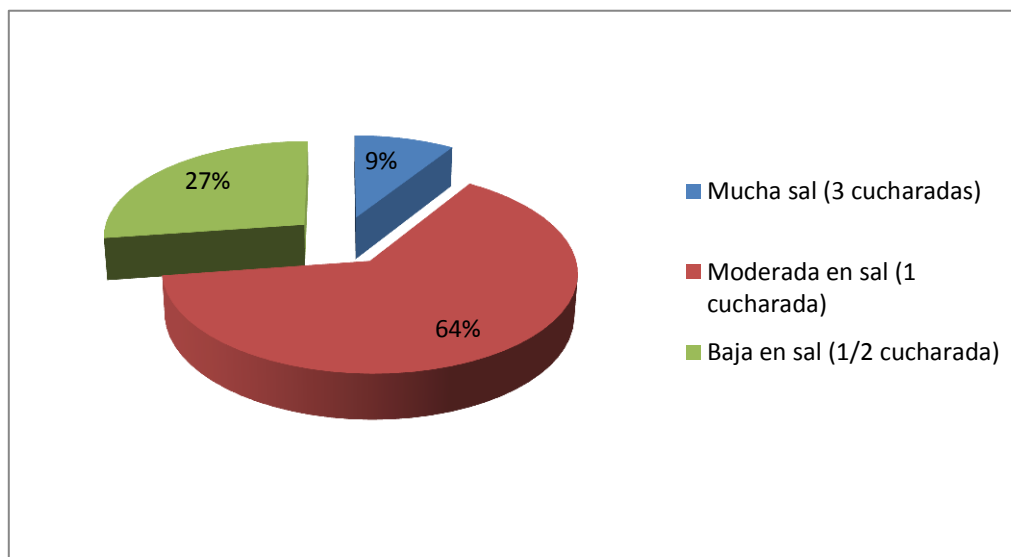
**TABLA 9**

<b>9. EL CONSUMO DE SAL EN SU DIETA HABITUAL</b>		
<b>DIETA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>ALTERNATIVA</b>
Mucha sal (3 cucharadas)	2	9%
Moderada en sal (1 cucharada)	14	64%
Baja en sal (1/2 cucharada)	6	27%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 9**



**ANÁLISIS:** Más de la mitad de las adolescentes tienen un consumo de sal entre moderada y mucha sal, lo que contribuye a que el organismo retenga más líquidos, y esto ocasiona vasoconstricción arterial siendo el causante del aumento de la presión arterial, mientras que un gran porcentaje el consumo es moderado y en una proporción reducida el consumo es bajo en sal.



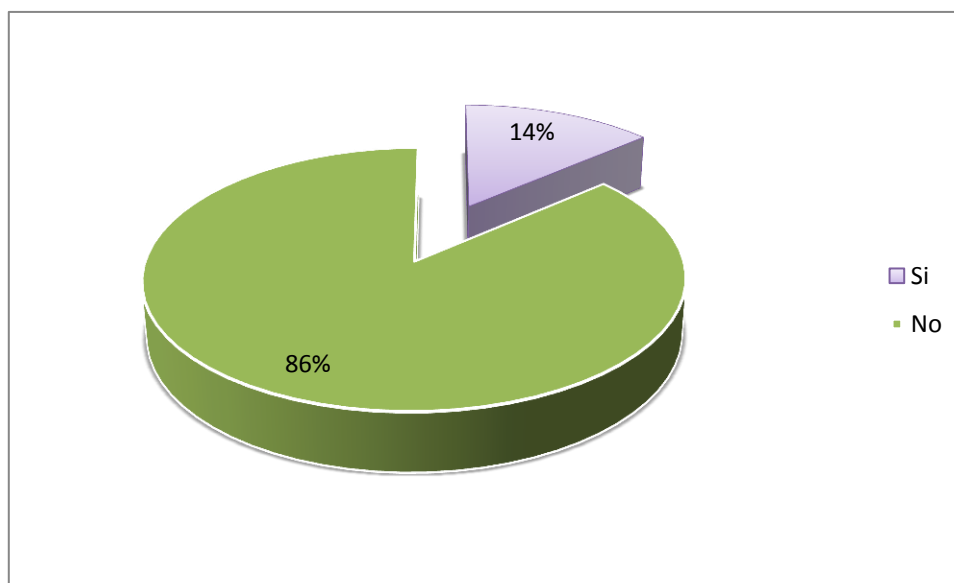
**TABLA 10**

<b>10. EMBARAZOS ANTERIORES</b>		
<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	3	14%
No	19	86%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 10**



**ANÁLISIS:** Las relaciones sexuales a edades tempranas es un factor importante en las altas tasas de embarazos en la adolescencia debido a la falta de educación sobre salud reproductiva y sexual, las adolescentes carecen de información y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Es importante proporcionar información sobre métodos anticonceptivos para disminuir el riesgo de embarazos no deseados y para evitar que las adolescentes queden nuevamente embarazadas.

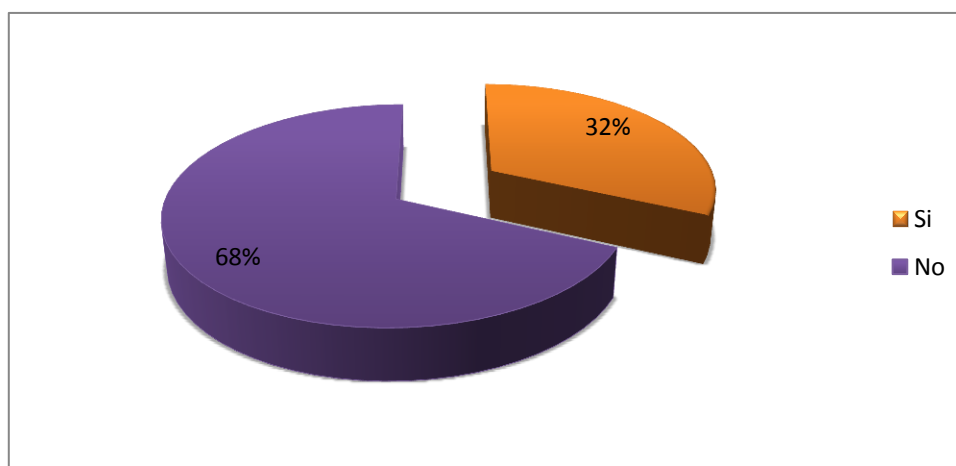
**TABLA 11**

<b>11. PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL</b>		
<b>PLANIFICACION</b>	<b>FRECUANCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	7	32%
No	15	68%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 11**



**ANÁLISIS:**

Reflejándose en los resultados obtenidos más de la mitad de las embarazadas adolescentes no han planificado su embarazo debido a la carencia de conocimientos sobre educación sexual y por no tener un fácil acceso a la adquisición de métodos anticonceptivos, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos, maestros; comportamientos que generalmente conducen a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente con consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

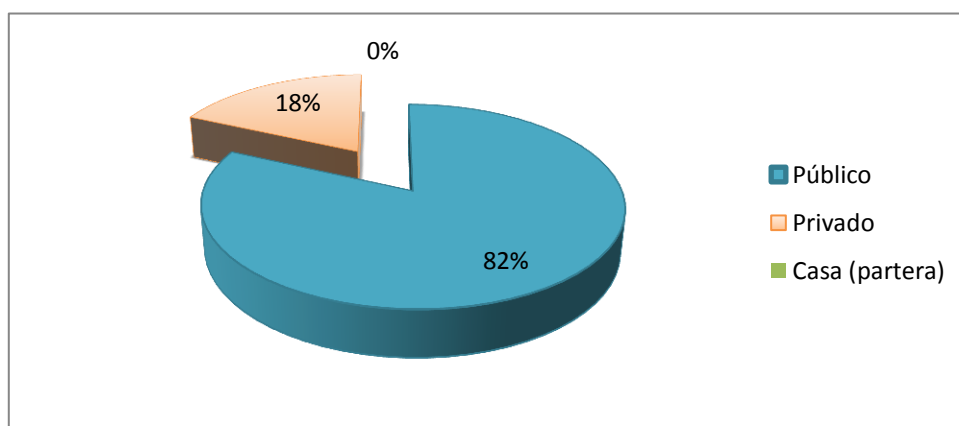
**TABLA 12**

<b>12. ATENCIÓN DEL PARTO</b>		
<b>LUGAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Público	18	82%
Privado	4	18%
Casa (partera)	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 12**



**ANÁLISIS:**

De las respuestas emitidas se ha determinado que la mayoría de las adolescentes desean tener a su bebé en una casa de salud pública debido a que sus recursos económicos son bajos y dependen de sus padres, mientras que en un mínimo porcentaje manifiesta tener las posibilidades económicas para recibir una atención privada.

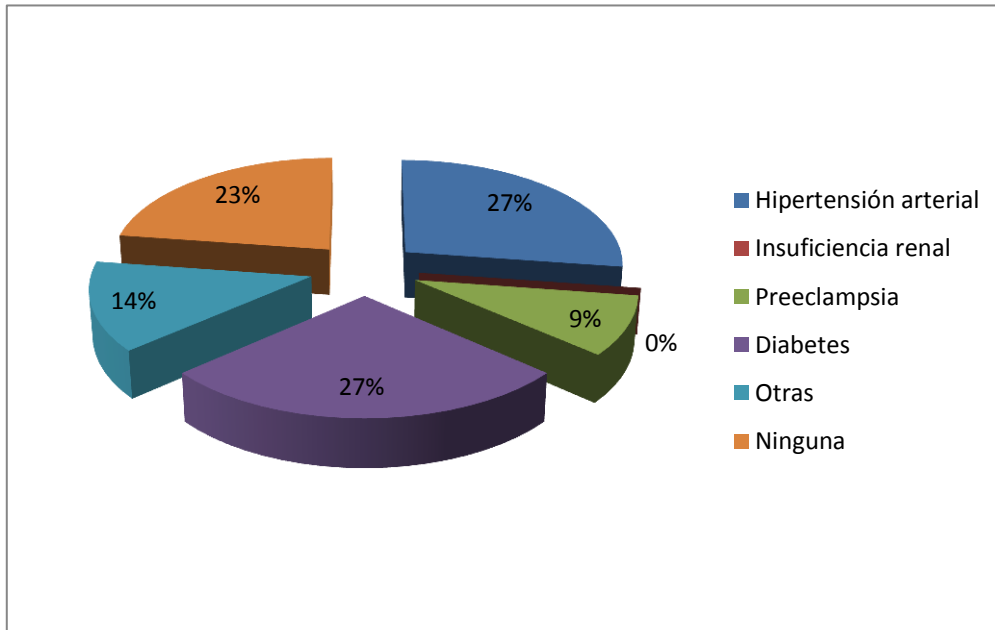
**TABLA 13**

<b>13. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>		
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>FRECUANCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hipertensión arterial	6	27%
Insuficiencia renal	0	0%
Preeclampsia	2	9%
Diabetes	6	27%
Otras	3	14%
Ninguna	5	23%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 13**



## **ANÁLISIS:**

De acuerdo a los datos obtenidos las adolescentes en su gran mayoría presentan antecedentes de hipertensión arterial que posee una fuerte influencia genética lo que permite desarrollar con más frecuencia dicha patología, continuando con un porcentaje elevado tenemos la diabetes que es una alteración en el organismo provocada por una concentración alta de glucosa en sangre, unificando los porcentajes siguientes corresponde a otras o ninguna enfermedad, presentando una mínima proporción tenemos la preeclampsia la cual no tiene teorías confirmadas pero marcan una predisposición genética hereditaria acerca de una intolerancia inmunológica al embarazo, 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 este padecimiento.

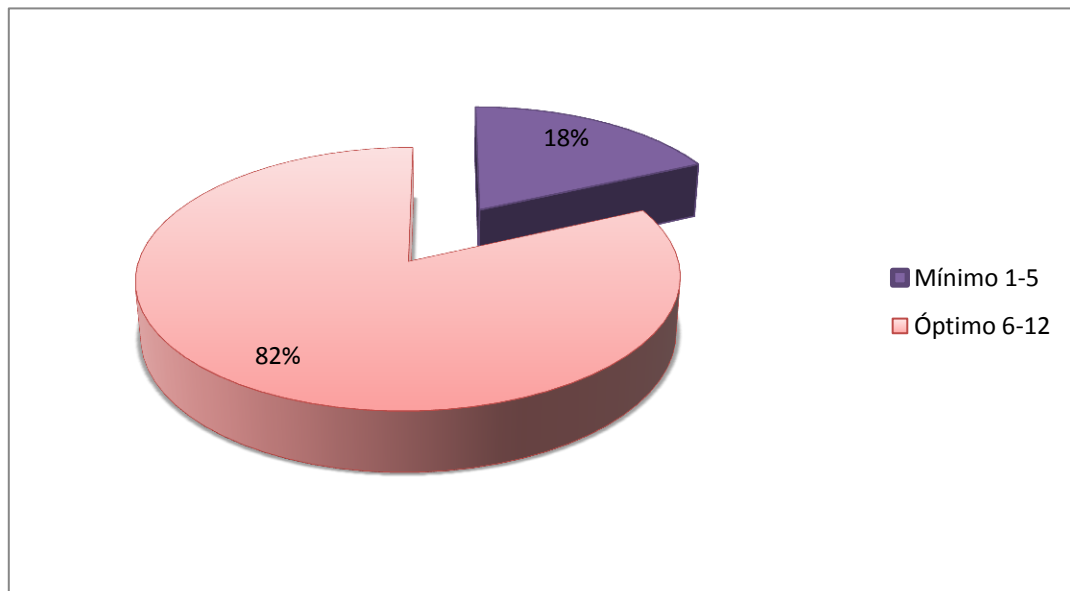
**TABLA 14**

<b>14. CONTROLES PRENATALES</b>		
<b>NÚMERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Mínimo 1-5	4	18%
Óptimo 6-12	18	82%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 14**



## **ANÁLISIS:**

Un gran porcentaje responden que durante su embarazo se han realizado entre 6- 12 controles prenatales que son un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal, teniendo en cuenta que a pesar de realizarse los controles están propensas a desarrollar preeclampsia y eclampsia.

Al igual que las adolescentes que tuvieron los controles mínimos son aquellas que tienen mayor tendencia de presentar trastornos hipertensivos.

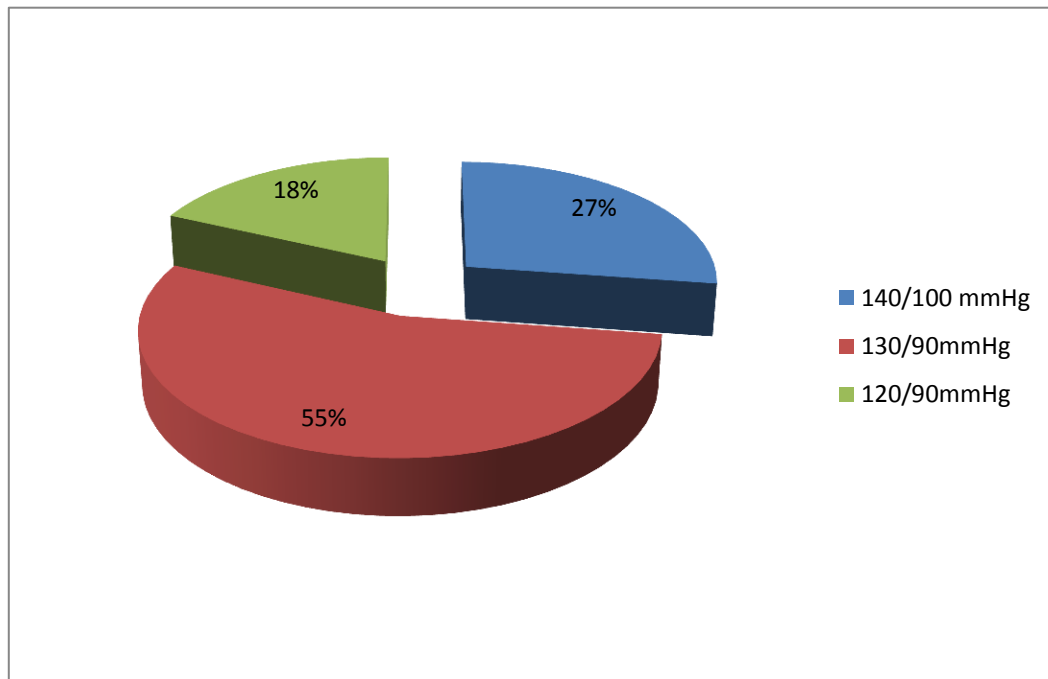
**TABLA 15**

<b>15. VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL</b>		
<b>PRESIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
140/100 mmHg	6	27%
130/90mmHg	12	55%
120/90mmHg	4	18%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 15**





## **ANÁLISIS:**

Del total de la encuestas podemos observar que existe un elevado porcentaje que mantiene presiones de 130\ 90 mmHg lo cual se encuentra por encima de los rangos normales, que en la gestante tiende a disminuir gradualmente al principio y alcanza su punto más bajo a la mitad del embarazo y después aumentar y regresa a su nivel normal el cual tiene como referencia 120\80mmHg cuando el embarazo llega a su etapa final.

Además corresponde a un porcentaje moderado las adolescentes que presentan una presión arterial de 140\100mmHg aumento el riesgo de presentar eclampsia, en un mínimo porcentaje tenemos a las madres que muestran una presión de 120\90mmHg.

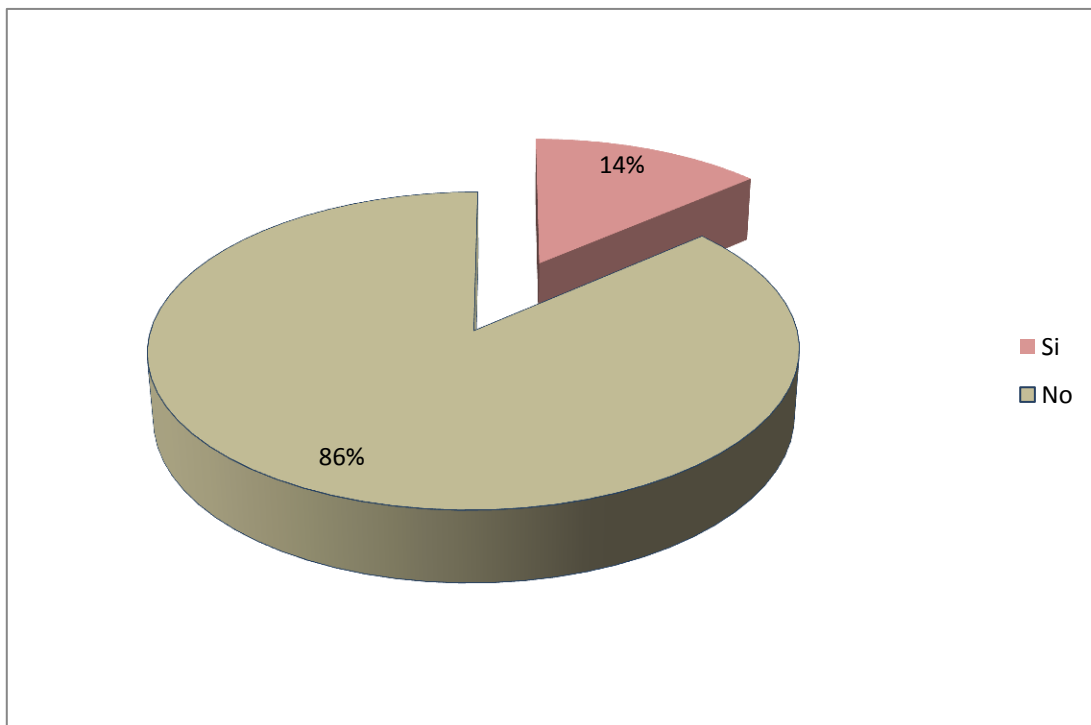
**TABLA 16**

<b>16. CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA</b>		
<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUANCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	3	14%
No	19	86%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 16**



## **ANÁLISIS:**

En el gráfico se observa que de las adolescentes encuestadas un porcentaje elevado no cuentan con la suficiente información acerca de los signos y síntomas que se desarrollan en la preeclampsia como centelleos, visión borrosa, acufenos, coluria, cefalea, debido al bajo nivel de escolaridad que se identifica en el estudio realizado.

Mientras que una proporción moderada de las jóvenes embarazadas poseen la información necesaria, facilitando la probabilidad de reconocer signos y síntomas que se presentan en la patología antes mencionada buscar ayuda oportuna para prevenir sus complicaciones.

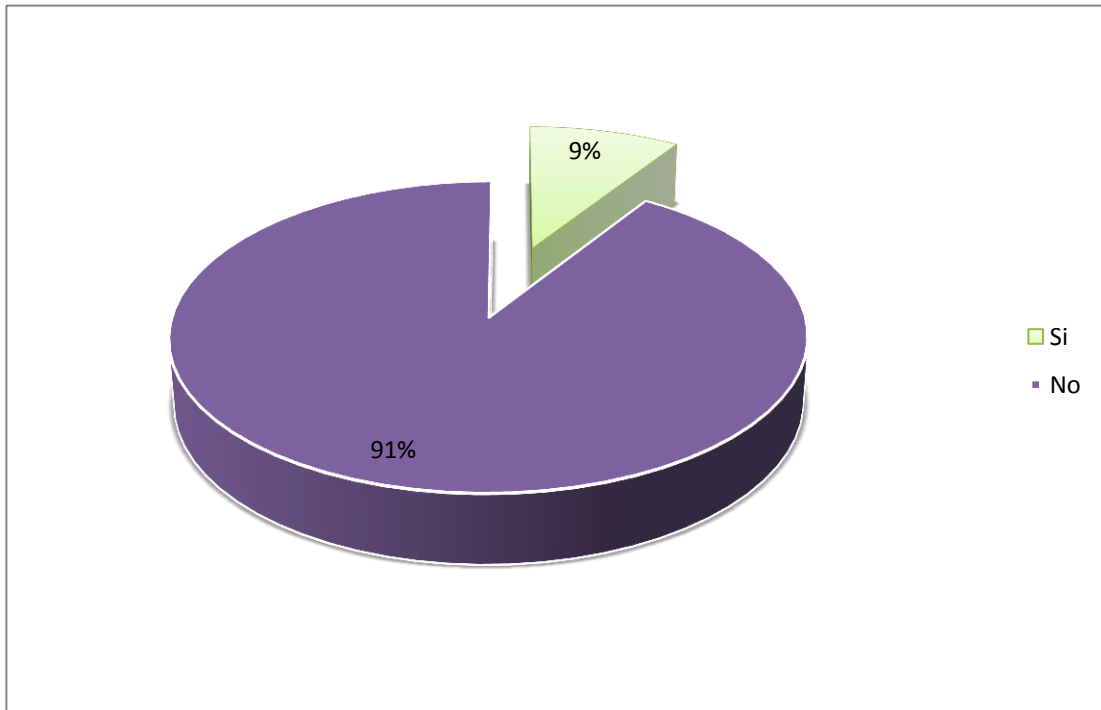
**TABLA 17**

<b>17. CONOCIMIENTOS DE SIGNOS SÍNTOMAS DE ECLAMPSIA</b>		
<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	2	9%
No	20	91%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizas a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 17**



## **ANÁLISIS:**

A través de las encuestas, las adolescentes en su gran mayoría desconocen sobre los signos y síntomas que se presentan en la eclampsia como son: epigastralgia, convulsiones, pérdida del conocimiento y dolores musculares, perteneciendo al grupo de jóvenes que tiene menor grado de instrucción.

Teniendo un porcentaje mínimo de las adolescentes que conocen la sintomatología de la presente patología.

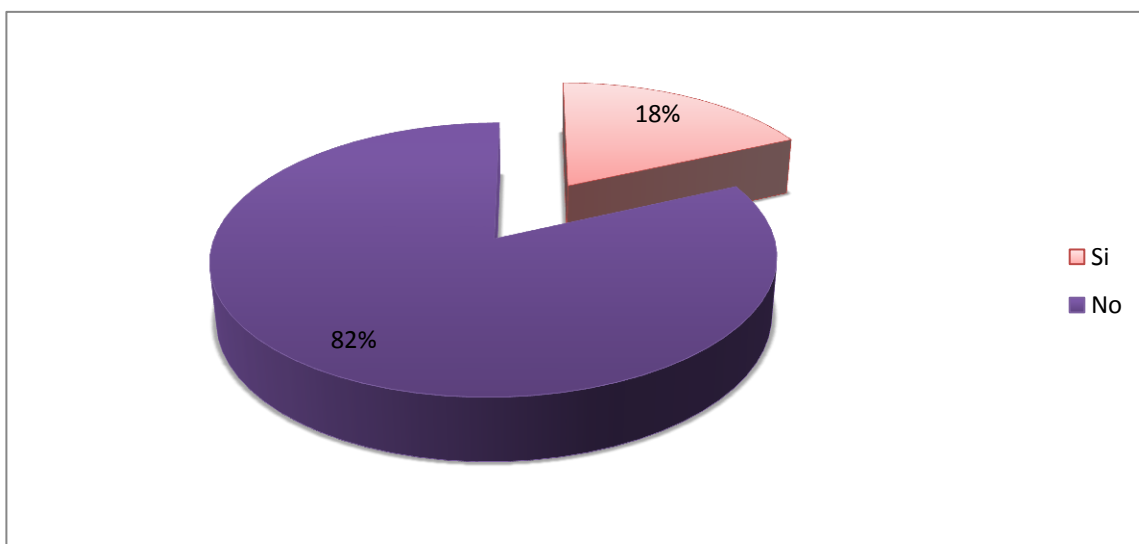
**TABLA 18**

<b>18. EDEMA EN PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA</b>		
<b>ALTERNATIVA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	4	18%
No	18	82%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las embarazadas Adolescentes del Servicio de Ginecología.

**Responsables:** Internas Rotativas de la UEB.

**GRAFICO 18**



**ANÁLISIS:**

Se observa que gran porcentaje de las adolescentes desconocen que partes del cuerpo se edematizan cuando presentan preeclampsia y eclampsia, teniendo en cuenta que el edema es un signo muy frecuente en paciente con preeclampsia y eclampsia, el edema inusual en estas enfermedades se puede observar que existe retención de líquido ya que al presionar el área nos permite identificar el grado de edema.

## CONCLUSIONES

- El escaso nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de los trastornos hipertensivos en las adolescentes embarazadas aumenta la probabilidad de desarrollar complicaciones durante su gestación.
- La edad temprana constituye un factor de riesgo en las adolescentes debido a que tiene un sistema inmune inmaduro, por lo tanto se presentan mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo.
- El nivel económico asociado a los factores demográficos; se muestra una diferencia significativa entre las adolescentes embarazadas que viven en zonas rurales en comparación a las de la zona urbana. Las jóvenes de esta área rural pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en la circunstancia en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.
- El bajo nivel educativo tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social, lo cual conduce a una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos precoces que determinan el apareamiento de preeclampsia y eclampsia en las adolescentes.
- Inicio precoz de relaciones sexuales, son factores importantes en las altas tasas del embarazo en la adolescencia, la causa fundamental es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos se consideran como embarazos no planificados o no deseados. Cuando el embarazo no es planificado, la adolescente puede adoptar actitudes que dependerán de su historia personal, familiar y social.

- El embarazo en la adolescente comprende profundos cambios somáticos y psicosociales incrementando la emotividad y conflictos individuales y familiares. El bajo nivel socioeconómico y los cuidados prenatales deficientes se relacionan con el apareamiento de preeclampsia eclampsia.
  
- La preeclampsia y eclampsia proviene de la maternidad precoz, que surge de la experiencia de adolescentes que son sometidas a crecer cerca de aspectos biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales de riesgo.



## RECOMENDACIONES

- Identificar los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas y de esta manera contribuir a mejorar el estilo de vida materno infantil.
- Brindar apoyo psicológico a las adolescentes embarazadas y realizar un seguimiento de su condición biosico-social.
- Incentivar a las adolescentes a culminar sus estudios y alcanzar un determinado nivel educativo para disminuir embarazos precoces y sus complicaciones.
- Concientizar a las jóvenes a evitar segundas gestas en corto tiempo mediante la adecuada información sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Proporcionar atención a las jóvenes embarazadas necesita de un abordaje integral biopsicosocial por parte de un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes.
- Fortalecer los programas de salud, dirigidos a las adolescentes con un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual de la adolescente.

# CAPITULO IV

#### **4.1. PROPUESTA**

**Título:** Plan de educación acerca del embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos dirigida a las embarazadas adolescentes que asisten a los controles prenatales en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato.

**Datos informativos:**

**País / área geográfica: País:** Ecuador

**Provincia:** Tungurahua

**Institución:** Hospital Provincial Docente Ambato

**Dirección:** Calle Av. Pasteur y Unidad Nacional

**Beneficiarias:** Adolescentes Embarazadas

**Tiempo estimado para la ejecución:**

-Fecha de inicio:29 – 10 - 2012

-Fecha de finalización:30– 10 – 2012

**Responsable del programa:** Araceli López, Nancy Yanchaliquin y Alejandra Trujillo

**Costo total de la propuesta:** \$ 114,00

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Una característica fundamental es la búsqueda de su propio lugar, lo que hace que experimenten sin tener demasiado en cuenta las consecuencias de sus actos, entre los que se encuentran el embarazo no deseado.

En la actualidad, evitar embarazos no deseados es considerado una de las principales medidas preventivas, tomando relevancia en este grupo, que se encuentra desprotegido debido a la falta de información y recursos económicos. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en esta etapa constituye no solo un problema presente, sino también de futuro por las complicaciones que pueden generar.

Desde el punto de vista fisiológico la adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes, por estas razones y por los diferentes factores de riesgo el embarazo precoz puede provocar preeclampsia que al no ser tratada oportunamente se desata en eclampsia como complicación e incluso en la muerte.

El plan educativo tiene como meta fomentar la elaboración del programa de educación acerca del embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo tales como: factores socioculturales, demográficos, socioeconómico, ambientales, antecedentes familiares.

## **JUSTIFICACION**

Las adolescentes deben tener conocimiento de los factores de riesgo más importantes que afectan durante la gestación, para disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna por medio de un trabajo en equipo fomentando la elaboración de capacitaciones por parte de los centros de atención primaria para disminuir las complicaciones.

El diseño del plan educativo sobre el embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual contribuye a identificar los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas, debido al incremento de atención de jóvenes embarazadas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato, con el propósito de concientizar a las jóvenes sobre los factores de riesgo que inciden al desarrollo de los trastornos hipertensivos siendo uno de los principales factores la nuliparidad o la edad materna.

Es factible realizar nuestra propuesta ya que contamos con el apoyo, colaboración de las autoridades y el personal de salud del Servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- Elaborar un programa educativo sobre el embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos.

### **ESPECIFICOS:**

- Ejecutar el programa educativo.
- Incentivar a las adolescentes que asistan a la socialización del programa educativo.
- Involucrar a los profesionales de salud para que participen en el programa educativo, ya que el embarazo adolescente necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes
- Capacitar a las adolescentes embarazadas sobre los diferentes factores de riesgo que pueden ser causantes de la preeclampsia- eclampsia y de esta manera evitar complicaciones.
- Concientizar a la adolescente para evitar segundas gestas en corto tiempo mediante la adecuada información sobre salud reproductiva y planificación familiar.

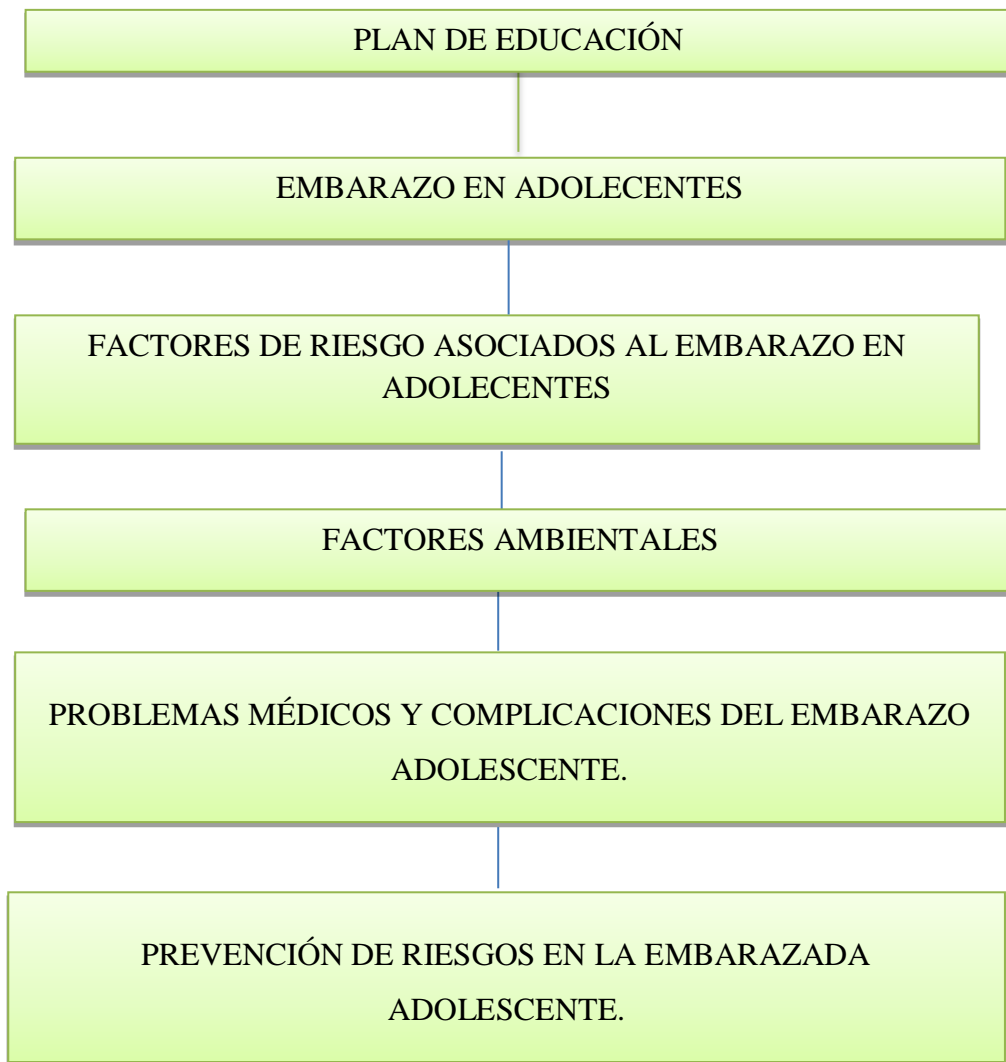
## **SUSTENTACION DE LA PROPUESTA**

La presente propuesta está sustentada en la investigación, por lo que se realiza un **Plan de educación acerca del embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a identificar los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos.**

El objetivo primordial de este plan es educar a las adolescentes embarazadas que asisten a los controles prenatales al Servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato sobre los factores de riesgo, embarazo en la adolescencia, salud reproductiva, los principales signos y síntomas de preeclampsia - eclampsia.

La presente investigación cuenta con el apoyo y coordinación de la Lic. Sara Vallejo, con la enfermera líder del Servicio de Consulta Externa y las Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

El plan de educación ofrece la información necesaria para las adolescentes embarazadas que están propensas a padecer de preeclampsia y eclampsia, estén preparadas para recibir un diagnóstico oportuno manejo y tratamiento.



**Alcance.-** El plan de educación será aplicable durante dos días a las adolescentes embarazadas y familiares que concurren al hospital.



## **REQUISITOS LEGALES.-**

Durante la ejecución del plan de educación a adolescentes embarazadas, este se respaldara en la Constitución Política del Ecuador en la Sección cuarta de protección de Mujeres embarazadas basada en el:

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:<sup>17</sup>

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

## **LEY ESPECIAL**

**El Código de la Niñez y Adolescencia** ecuatoriano (2003), reconoce como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años y estipula en relación a su derecho a la salud integral.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup>Constitución de la República del Ecuador 2008. Sección Cuarta Art. 43. Pág. 16

<sup>18</sup>Normas y Procedimientos para la Atención Integral De Salud a Adolescentes 2009. Capítulo I. Pág.20.

## **DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

### **EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

**La OMS define como adolescencia.** Al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.<sup>19</sup>

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

#### **ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

**ADOLESCENCIA TEMPRANA (ENTRE 12 Y 14 AÑOS):** los adolescentes han completado sus cambios puberales, empiezan a ser más independientes y quieren más privacidad. Hay una pérdida de interés por los padres y aparecen intensas amistades con adolescentes del mismo sexo. Surgen cuestiones más complejas sobre los cambios físicos, emociones y comportamiento sexual y existe una intensa preocupación por la imagen corporal.

En este periodo un embarazo supone una confusión mental muy intensa, la joven se comporta más como una niña que como una adulta y pretender que actué como tal sería totalmente ineficaz y contraproducente.

**ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 AÑOS):** se va añadiendo información adicional sobre orientación sexual, métodos anticonceptivos, funciones y disfunciones sexuales y educación sexual. Hay mucho de “experimentación” en el comportamiento sexual.

---

<sup>19</sup>Organización Mundial de la Salud - OMS. [Sede Web] Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado junio 2009. Disponible en <[http:// www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html)>. Consultado el 31 de agosto de 2011. HORA: 14:23; 16-08-2012.

Se manifiestan sentimientos de invulnerabilidad, con conductas omnipotentes generadoras de riesgo. Preocupación máxima por la apariencia, fascinación por la moda.

El embarazo en esta etapa puede suceder como fruto de esa invulnerabilidad y experimentación. Generalmente lo viven como “sorprendente”, pues piensan que a ellas jamás les podría pasar. En general, si los adultos responsables de ellos proponen la interrupción del embarazo, muchas se negaran hacerlo por el simple hecho de venir la propuesta de quien viene (etapa de máximo conflicto con los padres). Además se sienten confiadas de poder llevar a cabo una crianza por si solas. No realizan los estudios solicitados, ni siquiera concurren al control médico perinatal.

**ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 AÑOS):** vuelven a aproximarse a los padres, hay un predominio de las relaciones interpersonales sobre las grupales, desarrollo de un sistema de valores propio, se plantean metas vocacionales más reales, hay una aceptación de su imagen corporal y se entra en una etapa de estabilidad afectiva.

El embarazo se evitara con éxito si hay un proyecto de vida claro. En otros casos, quedaran embarazadas porque su meta es esa, porque buscan llenar a través del hijo el vacío producido por carencias afectivas de la infancia, o por el pensamiento de que esta es la función de la mujer o como acto de rebeldía hacia los padres, intentando conseguir de ese modo la aceptación de su pareja.

En esta etapa la adolescente si acude al médico, aceptando hacerse los exámenes solicitados.

## **FACTORES DE RIESGO**

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgos biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos

pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.<sup>20</sup>

## **FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Los principales factores de riesgo son:<sup>21</sup>

- **Edad temprana** en adolescentes debido a que su sistemas no están completamente desarrollados y no esta psicológicamente madura, siendo u factor de riesgo la edad para que pueda presentarse trastornos hipertensivos.
- El **antecedente familiar** de maternidad adolescente es muy frecuente, generando situaciones conflictivas entre los padres que acentúan el conflicto con la adolescente y aumenta la sensación de culpa, soledad y fracaso.
- La vida en determinadas **comunidades** donde la procreación a una edad temprana es común y no un tema de preocupación, tales como en algunos medios rurales o clases sociales desfavorecidas.
- Debemos tener en cuenta que el perfil de madre adolescente es **soltera**, dedicada a las labores domésticas y fuera del sistema educativo.
- La **falta de participación** en actividades escolares, familiares o comunitarias, falta del sistema de apoyo o carencias afectivas que buscan compensar a través de un hijo. La percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal puede hacer que la única meta sea la maternidad.
- La discriminación por las instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ve frustrados.

---

<sup>20</sup><http://www.slideshare.net/ilianaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente>. Hora. 17:00; 18-10-2012

<sup>21</sup>Martín-Loeches M, Catalá E, Ortí RM, Mínguez J, Rius J. Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana. Clin Invest Gin Obst 2002; 29 (1): 2-6.

- **Falta de educación sexual:** Muchas adolescentes llegan a esta edad sin información sobre las funciones sexuales, relación entre sexos y formas de prevenir el embarazo. La falta de este tipo de educación se debe principalmente a una carencia familiar, muchos padres rehúyen la responsabilidad de formar a sus hijos con el tema de sexo. A ello se suma la sobrevaloración del sexo que existe en la cultura actual, donde las relaciones sexuales sin otros vínculos son comunes, aceptadas y esperables.
- Primigestas de bajo nivel socioeconómico puede provocar muchas consecuencias adversas como preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo.
- La **deficiente nutrición** en gestantes muy jóvenes.
- El embarazo en la adolescencia puede tener un riesgo obstétrico sobre todo cuando no existe un **buen control prenatal**. Es básicamente un problema sicosocial, asociado al deseo o no de ser madre.
- **FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.<sup>22</sup>

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia una vez al mes a cada varios años y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia.

---

22Callejas S, Fernández B, Méndez P, León T, Fábrega C, Villarín A, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Ciudad de Toledo. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 581-9.

El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.

## **FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES**

**Individuales:** Menarquía precoz, bajo nivel académico, impulsividad, baja autoestima, antecedentes familiares, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

**Social:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, vivir en un área rural, trabajo no calificado, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de las adolescentes, propagandas que incitan las relaciones sexuales.

**Psicológicos:** Experiencias emocionales, sentimientos de esperanza, angustia, miedo, preocupación, huir de un ambiente difícil, como sobrevivir económicamente, emociones fuertes y variadas, el tener que aceptar y enfrentar esta situación le produce tensión y angustia.

**Físicos:** Cambios que experimenta su organismo que son rápidos e inevitables, aumento y ganancia de peso, cambios nutricionales.

**Económicos:** La pobreza e inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para las adolescentes, limitadas oportunidades educativas, el incremento del riesgo de vivir bajo circunstancias difíciles y en condiciones inadecuadas.

**Estrés en madre adolescente:** Mecanismos de defensa para afrontar una situación de la cual se sienta amenazada, cambios físicos, alteración del núcleo familiar, responsabilidad y la toma de decisiones

El mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se proporcione. Frecuentemente se presenta un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

Los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo del embarazo.

La funcionalidad de las familias de las adolescentes embarazadas se encuentra alterada, lo que hace que las jóvenes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo ni el cariño necesario por parte de su familia. Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción sobre sexualidad en adolescentes.

### **COMPORTAMIENTOS PRENATALES DE RIESGO**

- Autoimagen negativa.
- Preocupación excesiva por la apariencia física.
- Problemas psicológicos y emocionales.
- Fluctuaciones extremas del humor y estado de ánimo.
- Quejas somáticas excesivas.
- Falta de apoyo de la pareja y/o familia.
- Dificultades en el ámbito escolar.

## PROBLEMAS MÉDICOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

En las gestantes adolescentes son más frecuentes una serie de complicaciones, ya sea por la edad temprana de las embarazadas o por circunstancias sociales y económicas asociadas.<sup>23</sup>

- Anemia
- Vómitos
- Infecciones
- Infecciones de transmisión sexual.
- Alteraciones nutricionales.
- Parto pretérmino.
- Aborto

Entre las complicaciones más relevantes tenemos:

- **Síndrome depresivo:** Las adolescentes pueden tener una gran variedad de respuestas emocionales ante el diagnóstico de un embarazo. Las jóvenes toman una actitud negativa acompañada de sentimientos de apatía, miedo, llanto.
- **Trastornos hipertensivos:** existen estudios que ponen de manifiesto que las gestantes muy jóvenes tienen un particular riesgo para presentar hipertensión durante el embarazo.

---

<sup>23</sup>Shpiguelman D. El embarazo en la adolescencia. Aspectos médicos sociales. ( jornadas anuales en Internet) 2001.(consultado el 20/07/2012). Disponible en:  
[http://www.aapf.com.ar/embarazo\\_adolescencia.htm](http://www.aapf.com.ar/embarazo_adolescencia.htm).



La enfermedad hipertensiva está relacionada con la nuliparidad y la mayoría de gestantes adolescentes son nulíparas. La presencia de preeclampsia y eclampsia es 5 veces más frecuente en menores de 17 años y se atribuye al desarrollo endocrino y biológico para adaptarse a la gestación.

<b>PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE</b>	
<b>RIESGO</b>	<b>ACTUACION</b>
Primera consulta tardía	-Diagnostico Precoz. -Facilitar el acceso a las consultas.
Abuso de tóxicos	-Soporte individual de pareja y familiar.
Malos hábitos dietéticos	-Educación nutricional.
Control prenatal inadecuado	-Atención por personal calificado. -Control periódico e integral de la embarazada. -Atención diferenciada.
Síndrome depresivo	-Evaluar sistemáticamente alteraciones psicológicas.
Nuevo embarazo no deseado	-Recomendar anticoncepción durante el puerperio.
Trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia	-Identificar los factores de riesgo que predisponen para que se presente la enfermedad.

## PLANIFICACION DE LA PROPUESTA

**TEMA:** Plan de educación acerca del embarazo en la adolescencia, salud reproductiva y sexual que contribuya a disminuir los factores de riesgo que inciden al desarrollo de trastornos hipertensivos en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato.

SOCIALIZACIÓN	PLANIFICACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Dar a conocer el formato que tendrá el plan de educación al equipo de salud que labora en consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato.</p> <p>-Invitar a las adolescentes embarazadas para que participen en la socialización del tema.</p>	<p>-Involucrar a médicos ginecólogos, enfermeras, IRES, IRM.</p> <p>-Preparar el material didáctico para impartir información sobre el embarazo adolescente y factores de riesgo que pueden ocasionar trastornos hipertensivos.</p> <p>-Captar la atención de las embarazadas adolescentes en consulta externa.</p> <p>-Presentación y desarrollo del tema en el servicio.</p>	<p>- Identificar aspectos positivos y negativos.</p> <p>-Preguntas y respuestas.</p> <p>-Evaluación de los conocimientos adquiridos por parte de las jóvenes.</p>

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>FECHA</b>	<b>TEMA</b>	<b>LUGAR</b>	<b>TECNICA</b>	<b>RESPONSABLES</b>
29-10-212	Adolescencia y embarazo.	Consulta externa del HPDA	Charla Educativa	IRE. Nancy Yanchaliquin.
29-10-2012	Factores de riesgo.	Consulta Externa del HPDA	Charla Educativa	IRE. Araceli López.
30-10-2012	Métodos anticonceptivos.	Consulta Externa del HPDA	Lluvia de ideas	Internas Rotativas de Enfermería
30-10-2012	Complicaciones del embarazo adolescente.	Consulta Externa del HPDA	Charla Educativa	IRE. Alejandra Trujillo.

## RECURSOS Y PRESUPUESTO

### Talentos Humanos

- **IRE.** Araceli López.
- **IRE.** Nancy Yanchaliquin.
- **IRE.** Alejandra Trujillo
- **Tutora responsable del trabajo de investigación:** Lic. Sara Vallejo.
- Personal que labora en el servicio de consulta externa.
- Adolescentes que acuden a recibir atención médica en el servicio.

### Recursos Materiales

- Sala de espera.
- Sillas
- Suministros de oficinas
- Papelógrafos.
- Gigantografías
- Esferos
- Carpetas

## **PRESUPUESTO**

<b>Material</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo</b>
Impresiones	50	\$ 7,00
Trípticos	50	\$ 25,00
Gigantografías	2	\$ 20,00
Carpetas	50	\$ 17.50
Hojas de papel bon	100	\$ 2,00
Esferos gráficos	50	\$ 17.50
Internet	10	\$ 10,00
Refrigerios	50	\$ 50,00
<b>TOTAL</b>		\$ 114,00

### **SOSTENIBILIDAD**

Con la finalidad de que las adolescentes embarazadas puedan prevenir el desarrollo de los trastornos hipertensivos durante su embarazo se propone el involucramiento de las usuarias y familiares a la asistencia educativa que brindara el personal de salud que labora en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Provincial Docente Ambato respecto al tema quienes constantemente darán seguimiento a la propuesta por estar junto a la adolescentes embarazadas que sufren preeclampsia y eclampsia.

### **FACTIBILIDAD**

El incremento de las adolescentes embarazadas es un problema de salud pública por sus condiciones bio-fisiológicas, lo que ocasiona que la adolescente no culmine su educación básica creando un ambiente difícil para el desarrollo y crecimiento de su hijo.

El Hospital Provincial Docente Ambato posee un departamento de bienestar social encargado de proporcionar apoyo psicológico a las adolescentes embarazadas y realizar un seguimiento de su condición bio-psicosocial como parte de su tratamiento.

También cuenta con talento humano, recursos materiales y recursos tecnológicos para la elaboración de la propuesta.

**Social.-** Se cuenta con el apoyo de la Coordinadora del Departamento de Gestión de Enfermería, Coordinadora del IRE del Hospital, Internas Rotativas participación del personal de enfermería y de las embarazadas adolescentes, familiares.

**Técnico.-** Directora de Tesis Lic. Sara Vallejo

**Económico.-** Será, ya que las internas rotativas cuentan con ingresos económicos para poder ejecutar la propuesta planteada y solventar los gastos.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- El 100% de las adolescentes embarazadas que acuden a los controles prenatales en el servicio de consulta externa son capacitadas sobre los principales factores de riesgo que inciden al desarrollo de los trastornos hipertensivos.
- El 80% de las jóvenes identifican los signos y síntomas que inciden en el desarrollo de los trastornos hipertensivo durante su gestación.
- El 100% del personal de enfermería accedieron a continuar con la educación a las adolescentes embarazadas.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Areosa Sastre A. Embarazo en la adolescencia. En: Lombardía Prieto J, López de Castro F (eds). Problemas de salud en el embarazo. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2000. Pág. 316-20.
- Callejas S, Fernández B, Méndez P, León T, Fábrega C, Villarín A, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Ciudad de Toledo. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 581-9.
- Garcia M, Glorgetti M, González M, Sartori M, Rey P, Pomata P et al. Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2010; 29 (4): 139-143.
- Gineco- Obstetricia. Dr. Jaime Badero Uribe. Dr. Alfonso Jabiz Hastuix. Dr. Guillermo Henao. 5ta edición. Pág.167 – 177.
- Gutiérrez Cillán M<sup>a</sup>V, Valles Fernández N. Ansiedad y depresión. En: Lombardía Prieto J, López de Castro F (eds.). Problemas de salud en el embarazo. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2000. P. 247-52.
- Hasbún AJ. Preclampsia-eclampsia. En: Botero J, Jubiz A, Henao G, ed. Obstetricia y ginecología texto integrado 5ta edición Medellín: Intermedicina: 1994: 167-177.
- HAMEL P. Embarazo en adolescentes y salud mental. En. Montenegro H y Guajardo H (eds.) Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Mediterráneo, 2000.
- -Martín-Loeches M, Catalá E, Ortí RM, Mínguez J, Rius J. Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana. Clin Invest Gin Obst 2002; 29 (1): 2-6.
- Obstetricia. Dr. Ricardo Schwarce. Dr. Ricardo Fescina. Dr. Carlos Daverges. 6ta edición. Pág. 136-137.
- Quintana NP, Rey FD, Sisi TG, Antonelli CA, Ramos MH. Preeclampsia. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina.

- Rufino Portillo G, Calles Gato MD. Preeclampsia-eclampsia. En: Lombardía Prieto J, López de Castro F (eds.). Problemas de salud en el embarazo. 2a edición. Madrid: Ergon; 2000.
- Semblantes d la Historia de Medicina de Tungurahua, edición 2012, Autores; Dr. Octavio Miranda Ruiz, Dr. Fanny Pres, Dr. Mirian Ipiales, Ing. María de los Ángeles Mayorga.
- Trastornos hipertensivos del embarazo. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGÓ). Progresos de Obstetricia y Ginecología 2007; 50 (7): 446-56.
- Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en la adolescencia. SEMERGEN. 2006; 32 (6): 286-95.
- Barón M. Embarazo en adolescentes: un problema de salud pública. 2011 febrero. [en línea]. Disponible en: <http://www.ellider.com.co/11/02/15/embarazo-en-adolescentes-un-problema-de-saludpublica/>>.
- HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO. 2007 (art.pdf) [http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/hipert\\_induc\\_emb.pdf](http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/hipert_induc_emb.pdf)
- HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO. 2007 <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1279/1/ Algunos factores de-riesgo-en-la-hipertensioninducida.html> 2009-05-08 (20) LA PREECLAMPSIA EN ECUADOR. 2005.
- <http://www.slideshare.net/ilianaromero/factores-de-riesgo-para-embarazo-y-maternidad-adolescente>.
- <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista7/resultadosperin>.
- Lantisalud.com (página web en Internet). Embarazo adolescente. (consultada el 18/05/2012). Disponible en [http://uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=adol\\_med/4424 &viww=print](http://uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=adol_med/4424 &viww=print).
- Organización Mundial de la Salud - OMS. [Sede Web] Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado junio 2009. Disponible en



<[http:// www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html)>.

Consultado el 31 de agosto de 2011




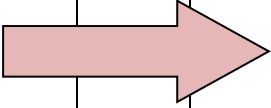
- PREECLAMPSIA Y EMBARAZO. 2006  
<http://www.maternofetal.net/4hie.html>
- Shpiguelman D. El embarazo en la adolescencia. Aspectos médicos sociales. (jornadas anuales en Internet) 2001.(consultado el 20/07/2012).  
Disponible en: [http://www.aapf.com.ar/embarazo\\_adolescencia.htm](http://www.aapf.com.ar/embarazo_adolescencia.htm).
- Prias H, Miranda C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Revista Aquichan. 2009.
- Pacheco J. Preclampsia-eclampsia. Revista de la sociedad peruana de ginecología y obstetricia 2001;  
[http://www.clap.opsoms.org/web\\_2005/EL%20CLAP/ReunionSIP/25a%F1osSIP Ecuador/IVUEHIE.1.ppt](http://www.clap.opsoms.org/web_2005/EL%20CLAP/ReunionSIP/25a%F1osSIP%20Ecuador/IVUEHIE.1.ppt).
- Vignoli J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción”. Mazo 2007. Disponible en:<[http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf)>. Consultado el 8 de mayo de 2011.




# ANEXOS

**ANEXO 1**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLO DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>NOV.</b>	<b>DIC</b>	<b>ENE.</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR.</b>	<b>AB R.</b>	<b>MAY.</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO.</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>
Denuncias del Tema de Investigación.												
Presentación de tema de investigación a la UEB												
Aprobación del tema por el CIE y Designación de Directores (as) de tesis												
Desarrollo proyecto primera parte Tema, objetivos, justificación, problema, hipótesis, variables Operacionalización de las variables, diseño metodológico y aplicación de instrumentos de recolección de la información												

Tabulación de las encuestas realizadas en el Servicio de Ginecología.												
Desarrollo proyecto segunda parte marco teórico.												
Desarrollo proyecto tercera parte Implementación de propuesta en el Servicio de Consulta Externa.												

**ANEXO 2****RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO**

<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	
Coordinador	1	HPDA	
Internas Rotativas	3	HPDA	
<b>RECURSOS MATERIALES</b>			
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>V. Unitario</b>	<b>V. Total</b>
Internet	80	1.00	80,00
Copias	92	0.03	2,76
Esferos	10	0.35	3,50
Impresiones	9	10.00	90,00
Anillados	9	2.00	18,00
Transporte ( Ambato)	8	2.00	16,00
Transporte ( Riobamba)	9	6,75	60,75
Imprevistos	60	60	60
<b>SUBTOTAL</b>			331,01
<b>IVA 12%</b>			39,7212
<b>TOTAL</b>			370,7312

**ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Ambato ,12 de junio 2012.

**DOCTOR.**

Galo Vinueza

**DIRECTOR DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

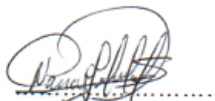
Presente

De muestras consideraciones:

Al nombre de las Internas Rotativas de Enfermería de la UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR reciba un cordial y atento saludo en la cual nos permitimos a dirigir ante usted para solicitarle la autorización de la revisión de datos estadísticos del Servicio de Gineco -Obstétrico en el departamento de procesamiento de datos para la realización del tema de investigativo del servicio de Gineco – Obstétrico

Por la atención prestada ante el presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente:



**IRE. Nancy Yanchaliquin**

**Interna Rotativa de Enfermería**

**ANEXO 4**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Ambato, 14 de Septiembre del 2012.

**Doctor.**

Cristóbal Andrango

**GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**

Presente:

De nuestras consideraciones:

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO	
GERENCIA DE HOSPITAL	
Nro. TRAMITE	4160
FECHA:	14 SET. 2012 HORA: 12:20
RESPONSABLE:	Betty
N° DOCUMENTO:	ans

Reciba un cordial y atento saludo de parte de las internas rotativas de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, a la vez deseándole éxitos en las funciones que desempeña.

El motivo del presente es para solicitar de la manera más comedida, se nos autorice la realización de las encuestas en los Servicios de Ginecología y Consulta externa ya que nos encontramos realizando nuestro proyecto investigativo con el siguiente tema:

**Factores que inciden en los trastornos hipertensivos gestacionales de las adolescentes embarazadas que ingresan al servicio de centro obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo de Marzo - Octubre 2012.**

Por la atención prestada le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,



.....  
Nancy Yanchaliquin  
**Interna Rotativa de Enfermería**

## ANEXO 5

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

### ENCUESTA

**TEMA: FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.**

**OBJETIVO:** La siguiente encuesta tiene como propósito recopilar información acerca de los diversos factores de riesgo, que nos permitirá identificar las causas que predisponen a las adolescentes embarazadas a desarrollar trastornos hipertensivos.

### ASPECTOS GENERALES.

**1. Marque con una X en qué edad se encuentra Ud.**

a) 12 – 14 años ( )

b) 15 – 18 años ( )

**2. Indique con una X su estado civil:**

Soltera ( ) casada ( )

Unión libre ( )

**3.Cuál es su nivel de escolaridad?**

**Primaria**

Completa. ( )

Incompleta. ( )



**Secundaria**

Completa. ( )

Incompleta. ( )

**Superior**

Incompleta ( )

**4. Su residencia está ubicada en área:**

a) Urbana ( )

b) Rural ( )

c) Urbana marginal ( )

**5. Su vivienda es:**

a) Propia ( )

b) Arrendada ( )

c) Prestada ( )

**6. ¿A qué se dedica usted actualmente?**

a) Estudia ( )

b) Trabaja ( )

c) Quehaceres domésticos ( )

**7. ¿De quién depende usted económicamente?**

a) Padres ( )

b) Pareja ( )

c) Otros ( )

**8. ¿Indique sus ingresos económicos mensuales?**

- a) 200,00 – 300,00
- b) 100,00 – 150,00
- c) Menor a 100,00
- d) Ninguna

**9. En su dieta habitual el consumo de sal es:**

- a) Mucha sal (3 cucharadas) ( )
- b) Moderada en sal (1 cucharada) ( )
- c) Baja en sal (1/2 cucharadita) ( )

**10. ¿Usted ha estado embarazada anteriormente?**

- ✓ Si ( )
- ✓ No ( )

**11. ¿Su embarazo actual ha sido planificado?**

- ✓ Si ( )
- ✓ No ( )

**12. Señale cuál de los siguientes cambios fisiológicos sufrió Ud. durante su embarazo.**

- Aumento de peso ( )
- Mareos ( )
- Crecimiento de las mamas ( )
- Cansancio ( )

**13. Marque cuál de los siguientes cambios psicológicos sufrió Ud. durante su embarazo.**

- Ansiedad ( )
- Frustración ( )
- Nauseas ( )
- Sensibilidad ( )
- Cambios de humor. ( )

**14. Donde le gustaría a Ud. dar a luz**

- Publico ( )
- Privado ( )
- Casa (partera) ( )

**15. Indique si algún familiar ha sufrido una de las siguientes enfermedades.**

- a) Hipertensión arterial ( )
- b) Insuficiencia Renal ( )
- c) Preeclampsia ( )
- d) Diabetes ( )
- e) Otras ( )

Cuál.....

**16. ¿Cuántos controles prenatales ha tenido?**

- a) Mínimos 1 - 5 ( )
- b) Óptimos 6- 12 ( )

**17. Durante su embarazo Ud. sufrió presión alta.**

140/100mmHg                      SI ( )      NO ( )

130/80mmHg                      SI ( )      NO ( )

120/80mmHg                      SI ( )      NO ( )

**18. Conoce sobre los signos y síntomas que se presenta en la preeclampsia.**

✓ SI ( )      NO ( )

**19. Ud. Tiene conocimiento sobre signos y síntomas que se presenta en la eclampsia.**

✓ SI ( )      NO ( )

**20. Ud. presento edema durante su gestación.**

✓ SI ( )      NO ( )

## ANEXO 6



Entrega de la propuesta a la líder del servicio Lcda. Martha Sevilla



Desarrollo de la propuesta.

## ANEXO 7



Explicación del contenido



Participantes de la capacitación

**ANEXO 8**



ANEXO 9





**ECLAMPSIA**

Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

Los principales signos son:

- ⇒ Cefalea intensa, global y persistente
- ⇒ Visión borrosa
- ⇒ Escotomas
- ⇒ Epigastralgia
- ⇒ Náusea y vómitos
- ⇒ Irritabilidad, cianosis
- ⇒ Edema pulmonar
- ⇒ Convulsiones tónico-clónicas
- ⇒ Pérdida del conocimiento



**PREVENCIÓN**



Lo más importante es la prevención, por lo cual toda mujer embarazada debe controlarse con un obstetra desde el inicio de su embarazo, realizarse los exámenes que le pida su médico y estar pendiente de los signos y síntomas de alarma:

- \* dolor de cabeza
- \* aumento excesivo de peso
- \* visión de luces centelleantes
- \* dolor abdominal alto

Si una paciente tiene factores de riesgo es importante que su médico le indique medicamentos que son útiles para prevenir esta enfermedad, como el calcio, aceite de pescado y otros. Asimismo es importante



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**TEMA:**  
**EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA**

*El amor de una madre es paciente y comprensivo cuando todos los demás le abandonan nunca falla o flaquea, aunque su corazón se esté rompiendo.  
(Helen Rice)*

El objetivo primordial de este plan es educar a las adolescentes embarazadas que asisten a los controles prenatales al servicio de consulta externa del H.P.D.A sobre los factores de riesgo, los principales signos y síntomas de los trastornos hipertensivos.

**Embarazo precoz.** Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia.



Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido

#### FACTORES AMBIENTALES:

- Cuidados prenatales deficientes.
- Nivel escolar bajo.
- Lugar de residencia rural

#### FACTORES PRECONCEPCIONALES:

- Edad materna
- Historia familiar
- Primigravidez
- Embarazo gemelar

#### RIESGO SOCIAL

- Nivel socio–económico

#### RIESGO PSICOLÓGICOS :

- Angustia
- Miedo
- Inestabilidad emocional

La funcionalidad de las familias de las adolescentes embarazadas se encuentra alterada, lo que hace que las jóvenes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo ni el cariño necesario por su familia. Tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medi-

das de prevención y promoción sobre sexualidad e identificación de los causas que predisponen al desarrollo de pre-eclampsia y eclampsia en adolescentes.

#### PREECLAMPSIA

Es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo que comienza entre la semana 20 de gestación y las 24 horas post parto. La Preeclampsia presenta los siguientes síntomas: presión arterial alta, edema periférico, y grandes cantidades de proteínas en su orina (igual o mayor de 0,3 g/l en una muestra de orina de 24 horas o mayor de 1 g/l en una muestra aislada).



PERDIDA DEL CONOCIMIENTO