



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes
atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015.

AUTORA: Karla Lizeth Ramos Marroquín

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Ximena Tapia

Ibarra – Ecuador

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada: "INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTÉTRICO - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2015.", de autoría de KARLA LIZETH RAMOS MARROQUÍN, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de Abril del 2017



Msc. Ximena Tapia Paguay

C.C: 1001817459

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100404799-7
Apellidos y nombres:	Karla Lizeth Ramos Marroquín
Dirección:	Piedrahita 3-30 y Atahualpa (Otavalo)
Email:	karliz_19@hotmail.com
Teléfono fijo:	062 923 397
Teléfono móvil:	0987678114

DATOS DE LA OBRA	
Título:	“Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015”
Autora:	Karla Lizeth Ramos Marroquín
Fecha:	12/04/2017
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	Msc. Ximena Tapia Paguay

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Karla Lizeth Ramos Marroquin**, con cédula de ciudadanía Nro. **1004047997-7** en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de abril del 2017

AUTORA:



Karla Lizeth Ramos Marroquín

AUTORA C.I.: 100404799-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
SESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO
DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Karla Lizeth Ramos Marroquín**, con cédula de ciudadanía Nro. 100404799-7; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTÉTRICO - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2015”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de abril del 2017

Karla Lizeth Ramos Marroquín

C.I.: 100404799-7

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS-UTN
Fecha: Ibarra, 12 abril de 2017

Karla Lizeth Ramos Marroquín

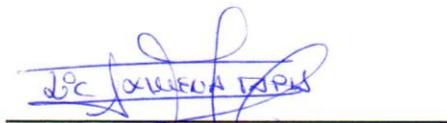
“Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015.” TRABAJO DE GRADO. Licenciatura de Enfermería. Universidad Técnica del Norte. En la ciudad de Ibarra, a los 05 días del mes de abril del 2017

DIRECTOR: Msc. Ximena Tapia

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de la comunidad Rancho Chico.

Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio, Establecer el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, Analizar las actitudes y prácticas de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva implementar un plan de capacitación sobre la salud sexual y reproductiva.

Fecha: En la ciudad de Ibarra, a los 12 días del mes de abril del 2017



Msc. Ximena Tapia
Directora de Tesis



Karla Lizeth Ramos Marroquín
Autora

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi esposo que me apoyo y me motivo en la culminación de mi carrera universitaria.

A mis HIJOS que son el objeto de superación para un futuro mejor

Karla Ramos.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi directora de tesis, Msc. Ximena Tapia por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Karla Ramos.

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
SESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xii
TEMA	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	4
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II.....	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.2. Marco Contextual	10
2.3. Marco Conceptual.....	13
2.4 Marco Legal.....	33
2.5. Marco Ético.....	38

CAPÍTULO III	45
3. Metodología de la Investigación	45
3.1. Diseño de la Investigación.....	45
3.2. Tipo de investigación.....	45
3.3. Localización y Ubicación del estudio.....	46
3.4. Población	47
3.5. Operacionalización de las variables.....	49
3.6. Métodos de recolección de información.....	53
3.7. Análisis de datos	53
CAPÍTULO IV	55
4. Resultados de la Investigación	55
CAPÍTULO V	67
5. Conclusiones y Recomendaciones	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS 75	
Anexo II.- Checklist.....	76
Anexo III.- Fotografías.....	78

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1.- Valoración del edema con fóvea.....	32
Figura 1.- Ubicación del Hospital San Vicente de Paúl.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Escolaridad y edad de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	55
Gráfico 2.- Estado civil y residencia de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	56
Gráfico 3.- Número de controles prenatales y etnia de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	57
Gráfico 4.- Número de ecografías realizadas a las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	58
Gráfico 5.- Edad gestacional de 29 a 40 semanas de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	59
Gráfico 6.- Diagnóstico y paridad de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	60
Gráfico 7.- Enfermedades crónicas degenerativas y antecedentes familiares.....	61
Gráfico 8.- Realizan ejercicios las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	62
Gráfico 9.- Número de ingesta de alimentos de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	63
Gráfico 10.- Según la ingesta de sal de las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	64
Gráfico 11.- Signos y Síntomas que presentan las Adolescentes embarazos atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015.....	65

RESUMEN

“Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015”

Karla Lizeth Ramos Marroquín
karliz_19@hotmail.com

La Hipertensión Inducida por el Embarazo es un trastorno que afecta el curso normal del embarazo y se define como la aparición de hipertensión arterial, sin tener diagnóstico previo, en una gestante, después de las 20 semanas de embarazo. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial que puede asociarse con proteinuria y edema en miembros inferiores, evolucionar desfavorablemente a convulsiones y llegar al coma; es por esta razón que se realizó el estudio denominado Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015 cuyo objetivo fue: Determinar la Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015; estudio de diseño cualitativo, no experimental, de tipo descriptivo, bibliográfico y transversal, realizado en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl dirigido a las adolescentes embarazadas los resultados obtenidos fueron: las adolescentes son de etnia mestiza, comprendidas entre 14 y 18 años; cursan la secundaria de acuerdo a su edad, existiendo un porcentaje significativo que están en cursos inferiores a octavo de básica; casi todas son solteras, seguido de las que viven en unión libre y un porcentaje mínimo son casadas. En los casos encontrados de adolescentes con hipertensión inducida por el embarazo, se clasificaron en Hipertensión Gestacional, Preeclampsia, Preeclampsia Severa, Eclampsia y Síndrome de Hellp. La mayoría son primigestas, lo que conlleva a un riesgo de morbilidad y mortalidad debido a su temprana edad y a la falta de conocimiento; por tanto se recomienda al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Educación y Cultura que continúen trabajando interinstitucionalmente para poder brindar capacitación adecuada de Educación Sexual y Reproductiva, a los adolescentes y padres de familia para que con esfuerzo y dedicación logren tener una comunicación efectiva con sus hijos y así poder evitar graves complicaciones en la salud de los mismos.

Palabras Clave: Adolescentes, Embarazo, Hipertensión, Complicaciones, Morbimortalidad materno fetal.

SUMMARY

"Incidence of Pregnancy-Induced Hypertension in Adolescents attended at the Obstetric Center - Hospital San Vicente de Paúl 2015"

Karla Lizeth Ramos Marroquín

Karliz_19@hotmail.com

Hypertension Induced by Pregnancy is a disorder that affects the normal course of pregnancy and is defined as the occurrence of hypertension without prior diagnosis in a pregnant woman after 20 weeks of pregnancy. The clinical picture is characterized by the appearance of arterial hypertension that can be associated with proteinuria and edemas, to evolve unfavorably to convulsions and to arrive at the coma; It is for this reason that the study called Incidence of Hypertension Induced by Pregnancy in Adolescents attended at the Observer Center - Hospital San Vicente de Paúl 2015 was carried out, whose objective was: To determine the Incidence of Hypertension Induced by Pregnancy in Adolescents attended in the Center Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015; A non-experimental qualitative and quantitative design study of a descriptive, bibliographical and cross-sectional study conducted at the Observer Center of the Hospital San Vicente de Paúl, aimed at pregnant adolescents, the results obtained are: The adolescents are of mixed race, between 14 and 18 years; Attend secondary school according to their age, there being a significant percentage who are in courses inferior to eighth of basic; Almost all are single, followed by those living in free union and a minimum percentage are married. In the cases of adolescents with pregnancy-induced hypertension, they were classified as Gestational Hypertension, Preeclampsia, Severe Preeclampsia, Eclampsia and Hellp Syndrome. Most are primigravidae, which leads to a risk of morbidity and mortality due to their early age and lack of knowledge; Therefore, it is recommended that the Ministry of Public Health and the Ministry of Education and Culture continue to work interinstitutionally to provide adequate training in sexual and reproductive education to adolescents and parents so that with effort and dedication they can have effective communication with their children And thus be able to avoid serious complications in the health of the same ones.

Keywords: Adolescents, Pregnancy, Hypertension, Complications, Maternal fetal morbimortality.

TEMA

“Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015.”

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos hipertensivos complican el 25% de los embarazos en la adolescencia. Sus formas severas, representan alrededor de 4.4% de todos los nacimientos a nivel mundial, estas formas de trastornos hipertensivos son las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal mundial, responsables alrededor de 200.000 mil muertes maternas por año. El trastorno hipertensivo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35%. (1)

En el Ecuador, “en el periodo 2000-2009, la incidencia de la hipertensión inducida por el embarazo pasó de 256 a 1084 por cada 100 mil habitantes”.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública a nivel mundial, y es considerada un importante indicador de desarrollo social al evaluar la calidad del control prenatal, atención del parto y acceso a centros de salud, se estima que cada año ocurren aproximadamente 600.000 muertes maternas en el mundo entero. La mortalidad materna por hipertensión inducida por el embarazo fluctúa entre 0 % y 13,2 % y constituye un factor de riesgo que incrementa hasta en un 10 % las muertes maternas en los países desarrollados.(2).

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles la Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015?

1.3. Justificación

La presente investigación tiene como objetivo estudiar la incidencia de hipertensión inducida por el embarazo, en madres adolescentes con el propósito de informar y que las entidades pertinentes realicen acciones a fin de disminuir la mortalidad materno-fetal. La hipertensión inducida por el embarazo constituye uno de los problemas más graves a nivel mundial siendo la causa de morbi-mortalidad en millones de personas, en especial en grupos vulnerables, como las embarazadas adolescentes. Las causas inmediatas de muerte en la hipertensión inducida por el embarazo son: edema pulmonar, accidentes cerebro vasculares, shock secundario al desprendimiento placentario y grandes alteraciones del equilibrio ácido-básico.

Las causas tardías de la muerte son la neumonía aspirativa secundaria a vómitos y la insuficiencia hepática o renal secundarias ambas a la alteración de la perfusión de los órganos respectivos. Los niños de las mujeres embarazadas con problemas de hipertensión inducida por el embarazo tienen más probabilidad de morir durante el periodo neonatal, igual en el periodo postnatal y durante el primer año de vida.

Es necesaria la realización de esta investigación para de esta manera conocer las causas, los factores predisponentes, las complicaciones en general a las que conlleva esta patología, los datos estadísticos nos va a llevar a conocer el comportamiento de esta patología en el Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl por ende de la ciudad de Ibarra y de la provincia de Imbabura. Además para aportar con una investigación actualizada de la incidencia de hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes a centros de salud y así el personal médico y de enfermería pueda con sus acciones prevenir esta patología desde el nivel I de atención integral de salud. De esta manera los beneficiarios son las adolescentes y los recién nacidos, ya que con el conocimiento adecuado se prevendrán complicaciones que pueden afectar la vida de los mismos.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio.
- Identificar el número de adolescentes embarazadas atendidas con diagnóstico de Hipertensión Inducida por el Embarazo en el Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo Enero - Diciembre 2015
- Clasificar el tipo de Hipertensión Inducida por el Embarazo en cada una de las adolescentes embarazadas atendidas en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo Enero - Diciembre 2015
- Socializar los resultados con el personal de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población objeto de estudio?
- ¿Cuál es el número de adolescentes embarazadas con diagnóstico de Hipertensión Inducida por el Embarazo atendidas en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Cómo se clasifica a la Hipertensión Inducida por el Embarazo en cada una de las adolescentes embarazadas atendidas en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo Enero - Diciembre 2015?
- ¿Para qué socializar los resultados con el personal de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

La mortalidad materna es a nivel mundial es alta, todas estas muertes se producen en los países que tienen bajos ingresos económicos; y la mayoría de ellas se pudieron evitar. “Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos”.

Para este estudio se tomó en cuenta a investigaciones realizadas con anterioridad referentes al tema:

2.1.1 Incidencia de preeclampsia en adolescentes hospitalizadas en el área de adolescencia del hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

Se realizó una investigación a un grupo de 104 embarazadas adolescentes que ingresaron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, durante el año 2012, en donde se encontró que:

El 72% tuvieron pre eclampsia leve y 20% pre eclampsia severa sobreañadiéndose a esta patología Síndrome de Hellp en un 5%. De estos casos las pacientes se encuentran en edades comprendidas entre 16 a 19 años en un 77%, con un nivel de educación secundaria en el 81%. Se notó que la menarquía de las adolescentes aparece de 11-13

años, comenzando las relaciones sexuales a más temprana edad siendo esta de 13-15 años el 53%. (3)

2.1.2. Complicaciones maternas fetales asociadas a la preeclampsia el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena.

En un trabajo de investigación similar, realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, se obtuvo “que las complicaciones neonatales asociadas con restricción del crecimiento intrauterino fueron del 1%; con dificultad respiratoria 15%; hipoglucemia 3%, eclampsia 18%; preeclampsia refractaria 1%, insuficiencia renal 3%, síndrome de Hellp 71%” (4). Lo que indica que las complicaciones asociadas a la preeclampsia si están presentes y es necesario su estudio para evitar su progresión hacia formas mucho más graves.

2.1.3. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto.

Se realizó un estudio con 415 mujeres con hipertensión arterial y embarazo, que tuvieron su parto en el hospital "América Arias" entre octubre 1998 y octubre 1999, un grupo control seleccionado de forma aleatoria de 450 embarazadas no hipertensas. Se valoró en ambos grupos la frecuencia de recién nacidos con bajo peso al nacer. La incidencia de bajo peso en el grupo con hipertensión arterial fue 22,16 %. En pacientes pre-eclámpicas el bajo peso fue 2,27 veces más frecuente que en las normotensas (pretérmino 1,83, crecimiento intrauterino retardado 2,24). La cesárea fue 2,55 veces más frecuente y en los neonatos hubo 2,55 veces más Apgar bajo al minuto que en los hijos de madres sin pre-eclampsia. En las hipertensas crónicas hubo 1,46 veces más niños con bajo peso y la cesárea fue 1,27 veces más frecuente. Se concluyó que el recién nacido de bajo peso y sus complicaciones son más frecuentes en embarazadas con hipertensión arterial.(5).

2.1.4. Trastornos hipertensivos durante el embarazo

De acuerdo a la información publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2004, presentó como resultado la elevación de mortalidad materna en diferentes países del mundo, tales como: Venezuela experimentando el 59,9% fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, siendo las muertes maternas por causas obstétricas directas de 77%, con un 23% para las indirectas. Entre las causas más frecuentes que ocasionan las muertes en el país se encuentran las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (50%), edema proteinuria y trastornos hipertensivos (35%) y embarazos terminados en aborto (14%). Cifra superior a la experimentada por países como Canadá (3,8 para el 2001), Chile (7,8 para el 2003), Costa Rica (30,5 para el 2004) y Cuba (38,5 para el 2003), pero inferior a la de Bolivia y Haití con 230 y 523 respectivamente.(6)

En otro estudio realizado para investigar los principales factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el Policlínico “Carlos Juan Finlay” del municipio Camagüey desde octubre de 2002 hasta abril de 2004, se obtuvo los siguientes resultados: Las causas contribuyentes fueron el tabaquismo, la obesidad y la nuliparidad y que estadística y científicamente constituyeron factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad hipertensiva del embarazo.(7)

2.1.5 .La incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo

En el sur de Irán, se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, sobre la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo, entre el periodo de Junio de 2.004 y Junio de 2.005, a las embarazadas que acudieron al Hafez y Zeinnabieh, los hospitales afiliados a la Universidad de Shiraz de Ciencias Médicas, siendo la población de estudio de 24.196 mujeres embarazadas, donde se obtuvieron los siguientes resultados: 563 pacientes (2,32%), eran hipertensas, y el predominio de hipertensión crónica, preeclampsia y eclampsia era de 2,13%, 0,17% y 0,03% respectivamente (8).

2.2. Marco Contextual

Esta investigación va dirigida especialmente en el servicio de Centro obstétrico este es un servicio que cuenta con salas equipadas de dilatación, sala de partos, quirófano, sala de recuperación brindando una atención de calidad y calidez a las pacientes; cuenta con 7 Ginecólogos, 7 Médicos Residentes, 7 Médicos Postgradistas, 2 Obstétrices, 13 Licenciadas de Enfermería.

2.2.1. Reseña histórica del Hospital “San Vicente de Paúl”

La creación y el desarrollo del Hospital “San Vicente de Paúl” de Ibarra, Provincia de Imbabura, estuvo modulado por los avances científicos de la época y el interés del Estado y entidades extranjeras como el SCISA; cuyo contingente introdujo nuevos elementos en la atención sanitaria mediante ayuda técnica, equipamiento y preparación de recursos.

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la Esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas cristianas, con el nombre de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL edificio que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas fue considerado en su época uno de los mejores de América.

Posteriormente la exigencia de la época llevó a que el Ministerio de Salud Pública decida dotar a la ciudad de una moderna infraestructura para prestar una adecuada atención médica y además considerando el desarrollo tecnológico y científico dentro del campo de la medicina para el efecto. Luego de los procedimientos legales contrató a la empresa para la construcción y equipamiento del Hospital en los terrenos donados por el Ilustre Municipio de Ibarra; contrato celebrado el 3 de Julio de 1830 en la ciudad

de Quito, cuya entrega provisional se llevó a cabo el 31 de Agosto de 1990, inaugurándose oficialmente el 27 de Abril de 1991.

2.2.2. Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de justicia y equidad social.

2.2.3. Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

2.2.4. Ubicación

El Hospital “San Vicente de Paúl” es una Unidad del Sistema Nacional de Servicio de Salud se halla ubicado en la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura.

Está dirigido por un Gerente, Director Administrativo y conjuntamente con el resto de personal que labora en esta institución como son: Equipo de Salud, conformado por médicos, jefes de los servicios médicos, tratantes, residentes, post grafistas, internos y estudiantes por los convenios con el Ministerio de Educación y en el desarrollo de prácticas de Medicina, Obstetricia y Enfermería con una rotación por las diferentes áreas y servicios de la institución, Coordinadores de procesos de Enfermería, Enfermeras de Cuidado Directo, Auxiliares de Enfermería, personal administrativo,

limpieza y mantenimiento, los mismos que se preocupan por el fomento, protección, prevención, curación y recuperación de la salud y así lograr un completo bienestar físico, mental y social de la población que acude al mencionado hospital.

El Hospital San Vicente de Paúl tiene las siguientes especialidades:

Especialidades Quirúrgicas:

- Cirugía General
- Cirugía Plástica
- Ginecología
- Otorrinolaringológica
- Urológica
- Traumatológica

Especialidades Clínicas:

- Medicina Interna
- Gastroenterología
- Nefrología
- Cardiología
- Geriatria clínica
- Dermatología
- Psicología
- Infectología – Dermatológica
- Coloproctología

Unidad de apoyo Diagnostico y Terapéutico:

- Farmacia
- Laboratorio Clínico
- Imagenología
- Rehabilitación y Terapia Física
- Salud Mental
- Nutrición Clínica

Unidades Críticas:

- Emergencia
- Centro Quirúrgico
- Unidad de Terapia Intensiva
- Unidad de Terapia Intensiva Neonatales

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Adolescencia

Aproximadamente a los 10 años de edad, los niños y las niñas comienzan un largo periplo a través de la adolescencia. Una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época que asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. (9)

2.3.2. Cambios físicos en la adolescencia

Los cambios físicos de la mujer son los siguientes:

- Aumento de estatura
- Ensanchamiento de caderas y acumulación de grasa en caderas y muslos.
- Manifestación de espinillas, por el desarrollo de las glándulas sebáceas.
- El olor del sudor es más fuerte debido al desarrollo de las glándulas sudoríparas.
- La voz se hace más fina
- Crecimiento de los senos
- Aparecimiento de vello en axilas y en el pubis
- La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura
- Crecimiento de los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero
- Aparecimiento de la menstruación

2.3.3. Cambios psicológicos en la adolescencia.

- Mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea.
- Tiene una nueva forma de pensamiento, formula hipótesis, razona acerca de ellas y extraer sus propias conclusiones.

- Puede diferenciar lo real de lo posible, comienza a poner en tela de juicio todo aquello que hasta ahora era inamovible.
- Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc.
- Piensa sobre sus propios pensamientos, puede orientar su afecto hacia determinadas ideas y valores y comprometerse en algún modo con ellos.(10)

2.3.4. Embarazos en adolescentes.

“El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (11)

2.3.5. Hipertensión inducida por el Embarazo

“Es una condición caracterizada por la presión arterial alta durante el embarazo. La hipertensión gestacional puede conducir a una condición seria llamada preeclampsia, también conocida como toxemia”. (12)

Según el Dr. Del Campo Molina (2012), Facultativo de Área de Medicina Intensiva del Hospital Comarcal de Cabra, la Hipertensión inducida por embarazo se clasifica en:

- **Preeclampsia, Eclampsia o Hipertensión inducida por el embarazo.** Comienzo de Hipertensión arterial con proteinuria y/o edema a las 20 semanas de gestación. La Hipertensión arterial es diagnosticada cuando excede en dos ocasiones separadas al menos 6 horas una de otra, de 140/90 mm Hg, o un

aumento de TAS de al menos 30 mm Hg, o un aumento de TAD de al menos 15 mm Hg.

- **La Preeclampsia grave.** Se define si se superan en dos ocasiones, separadas al menos de 6 horas una de otra, cifras de TA de 160/110 mm Hg, o cuando se asocia a una de estas situaciones:
 - Proteinuria > 3 g/d.
 - Oliguria (< 400 cc/d).
 - Dolor epigástrico en cuadrante superior derecho.
 - Edema pulmonar.
 - Alteraciones visuales o neurológicas.
- **Eclampsia.** Se define por la presencia de convulsiones o coma en una paciente con PEE. La Tensión Arterial es mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.
- **Hipertensión crónica.** Tensiones arteriales mayores de 140/90 mm Hg antes del embarazo, o con esas mismas cifras tomadas en dos ocasiones distintas, antes de la 20 semana de gestación, o Hipertensión arterial persistente después de la 6ª semana del parto. La Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo, es la hipertensión arterial crónica que cursa con: tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm Hg y Tensión arterial diastólica mayor a 110 mm Hg antes de las 20 semanas; edad materna mayor de 40 años; duración de la hipertensión mayor de 15 años; diabetes Mellitus con complicaciones; enfermedad renal por cualquier causa; miocardiopatía, coartación de la aorta;

coagulopatía; antecedentes de accidente cerebro vascular y antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.

- **PEE superimpuesta a Hipertensión arterial crónica.** Se define con el aumento de la TAS en más de 30 mm Hg, o más de 15 mm Hg en TAD en dos ocasiones distintas, antes de la 20 semana de gestación, y comienzo con proteinuria y edemas generalizados
- **Hipertensión arterial transitoria o tardía.** Es aquella que ocurre durante el puerperio sin que previamente hubiera PEE; sus valores retornan de nuevo a los basales después del 10° día postparto.
- **Síndrome de HELLP.** Este síndrome se presenta en aproximadamente 1 a 2 de cada 1,000 embarazos. En las mujeres con preeclampsia o eclampsia, la afección se desarrolla en 10 al 20% de los embarazos. El síndrome se presenta durante el tercer trimestre del embarazo (entre la semana 26 y 40 de gestación). Algunas veces se manifiesta en la semana posterior al nacimiento del bebé.
(13)

En varios casos, los síntomas de HELLP son la primera advertencia de preeclampsia, los síntomas son:

- Fatiga.
- Retención de líquidos y aumento de peso en exceso
- Dolor de cabeza
- Náuseas y vómitos que siguen empeorando
- Dolor en el cuadrante superior derecho o en la parte media del abdomen
- Visión borrosa
- Sangrado nasal u otro sangrado que no para fácilmente (raro)
- Crisis epiléptica o convulsiones (raro)

2.3.6. Antecedentes Históricos de las enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

Las convulsiones en mujer embarazada, fue referida desde la antigüedad; en las antiguas escrituras de Egipto y China hace miles de años AC. Hipócrates en el siglo IV A.C, se refirió a la gravedad de las convulsiones durante la gestación. Celso en el siglo I de nuestra era, relacionó entre convulsiones y muerte fetal. Galeno en siglo II DC, sin diferenciarla de la epilepsia, tal como permanecería durante centurias. El término griego eclampsia significa: brillantes, destello, fulgor o resplandor, para referirse al brusco comienzo de las convulsiones. Medioevo: existen pocas referencias sobre la enfermedad, dado que la obstetricia fue ejercida por parteras, y la eclampsia no era diferenciada de la epilepsia.

En los siglos XVI y XVII, los médicos franceses toman el control de la obstetricia y las primeras publicaciones sobre eclampsia son editadas en Francia a fines del siglo XVII e inicios del XVIII. Guillaume Manquest de la Motte (1665- 1737), destacó que las convulsiones desaparecían luego del nacimiento. FrancoisMauriceau (1673-1709) fue el primero en diferenciar la eclampsia de las convulsiones epilépticas, al asignarlas como una patología propia de la gestación.

En 1739, Francois Boissier de Sauvages diferenció con exactitud la eclampsia de otras convulsiones de carácter crónico y recurrente, cuando en 1739 publicó Patología Metódica. Le asignó la denominación de eclampsia parturientium.

Sin embargo, William Cullen (1710-1790) expresó: “resulta siempre dificultoso fijar los límites entre enfermedades agudas y crónicas, y dado que la eclampsia de Sauvages en general coincide con la epilepsia, yo no puedo aceptar estas como entidades diferentes”

En 1797, Demanet vinculó el edema y las convulsiones en seis pacientes por él asistidas. En el siglo XIX la epigastralgia como síntoma vinculado a la eclampsia fue descrita por Chaussier en 1824.

En 1831, Ryan escribió que las convulsiones ocurren al final del embarazo o durante el trabajo de parto; quedando aceptado la relación entre gestación y convulsiones. Sin embargo el término eclampsia también fue asignado a convulsiones de otro origen, como las de causa urémica.

A fines del siglo, en 1897, Vásquez y Nobecourt descubrieron la presencia de hipertensión arterial en eclámpicas. La Albuminuria e hipertensión se convertirían en el siglo XX en procedimientos de rutina para el diagnóstico de la hipertensión inducida por el embarazo. En 1903, Cook & Briggs, confirmaron que las proteinurias asociadas a la hipertensión podían preanunciar la inminencia de convulsiones.

Durante las primeras décadas del siglo existió gran confusión al asignar la enfermedad como una variante de la enfermedad de Bright. Inclusive la eclampsia fue considerada por muchos como una variedad típica de encefalopatía hipertensiva durante la primera mitad del siglo.

En 1941 William Joseph Dieckmann (1897-1957), de la University of Chicago, realiza su primera edición del libro *The Toxemias of Pregnancy*, en el que concluye que la nefropatía crónica contribuiría con no más del 2% de los casos de preeclampsia. (14)

Leon Chesley en el siglo XX; realizó un extenso estudio de la hipertensión en el embarazo. La idea predominante era que la hipertensión en el embarazo era consecuencia de la insuficiencia renal, con la ayuda de médicos residentes, Willard Somers y John McGeary, y el internista Harold Gorenberg estudió la función renal en embarazadas. Hizo el seguimiento de las eclámpicas desde 1931 hasta 1974 descubriendo las diferencias evolutivas entre primigestas y multíparas. Elaboró numerosos trabajos sobre preeclampsia y eclampsia entre 1930 y 1980. Estos trabajos incluyeron áreas de la epidemiología, pronóstico, fisiopatología renal y tratamiento de la enfermedad. En 1978, como único autor, publicó su apreciada obra *Hypertensive Disorders in Pregnancy*. (15)

El Prof. Dr. Miguel Margulies, en Argentina publicó numerosos trabajos científicos que contribuyeron al entendimiento de aspectos de la enfermedad, redactó libros sobre la hipertensión en el embarazo; y llegó a ocupar la presidencia de la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. La fundación que lleva su nombre continúa su obra.

2.3.7. Teorías sobre la Hipertensión inducida por el embarazo.

Existen 4 teorías que fundamentan las causas de la preeclampsia

- **Inmunológica:** El embarazo representa un ejemplo de tolerancia inmunológica entre el feto y el tejido materno, que inicia en el momento de la concepción, sigue durante la gestación y continúa durante la misma. Debe existir un balance entre la respuesta inmune de la madre y el genotipo fetal para que el embarazo no tenga complicaciones, pero cuando este equilibrio se altera hay mayor probabilidad de que exista preeclampsia, y esta aumentará si el mencionado evento patológico ocurre en el primer embarazo. Hay evidencias inmunológicas que soportan la disminución del evento cuando existe antecedente de aborto, transfusiones antes del embarazo, grado de consanguinidad en la pareja y cuando la gestación anterior fue del mismo compañero sexual.
- **Genética:** El genotipo materno aumenta los casos, se da en la mayoría de las hijas y nietas con antecedentes de preeclampsia. Durante muchos años se ha reconocido una predisposición familiar a la preeclampsia - eclampsia, ya que se conoce que hay un aumento en la frecuencia en hermanas e hijas de mujeres que han padecido la enfermedad, particularmente en mujeres nacidas de madres con eclampsia durante su embarazo. Las reacciones inmunitarias están determinadas genéticamente, por lo que, la predisposición genética parece jugar un papel importante en esta respuesta inmune. El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso

de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales puede provocar la Preeclampsia.

- **Reactividad vascular:** La vasoconstricción arterial y el aumento de la sensibilidad a las hormonas presoras y eicosanoides es característica de la preeclampsia y es considerada esta alteración como el origen del desequilibrio entre la prostaciclina y el tromboxano. La primera, es producida por el endotelio vascular y la corteza renal, tiene actividad vasodilatadora importante e inhibe la agregación de plaquetas, el tromboxano por el contrario, es un potente vasoconstrictor y aumenta la agregación plaquetaria, se produce en las plaquetas y el trofoblasto.
- **Alteración endotelial:** El daño principal se da a nivel del endotelio. En este sitio se produce principalmente endotelina y prostaciclina. La primera es 10 a 20 veces más potente que la angiotensina II y actúa como una hormona local, mientras que la prostaciclina es un vasodilatador y evita la agregación plaquetaria. Cuando se lesiona la célula endotelial se produce menor cantidad de anticoagulantes y vasodilatadores, hay salida de líquido y proteínas del espacio intravascular al extracelular y se favorece la coagulación.

2.3.8. Anatomía Patológica

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica que aparece solamente en el embarazo de humanos, la etiología es desconocida. En un 85 % casos afecta a primigestas; los factores de riesgo son: obesidad, embarazo a tempranas edades, gestación múltiple e HTA crónica. Se produce un desequilibrio entre vasodilatadores y vasoconstrictores endógenos.

Los cambios patológicos son principalmente isquémicos, causando hipoperfusión y daño isquémico en la mayoría de los órganos. Muchos autores consideran a la placenta

el foco patogénico responsable de las manifestaciones de la enfermedad, ya que el parto es el tratamiento definitivo. Según las hipótesis actuales en la patogénesis de la preeclampsia juegan un papel factores genéticos e inmunológicos. La presencia de múltiples variantes genéticas en asociación con factores ambientales predispone al desarrollo de preeclampsia. La activación del sistema inmune provoca un aumento en la producción de mediadores de la inflamación. Estos mediadores pueden ser responsables de la vasculitis generalizada y de la disfunción endotelial.

La preeclampsia se ha descrito como una patología en dos etapas. En la 1ª etapa hay un error en el proceso de invasión trofoblástica. En el embarazo normal el trofoblasto invade los segmentos deciduales y miometriales de las arterias espirales, lo cual provoca un aumento del diámetro de los vasos y una pérdida de músculo liso y la íntima interna lámina elástica, causando su denervación adrenérgica y convirtiendo un sistema vascular de alta resistencia a uno de baja resistencia.

En la preeclampsia, solo se presentan cambios en los segmentos deciduales, mientras que la porción miometrial permanece intacta, carente de vasodilatación y muy sensible al estímulo vasomotor.

La primera etapa, consiste en la disminución de la perfusión placentaria, responsable del aumento en la producción de sustancias vasoactivas. La segunda fase se caracteriza por disfunción endotelial y enfermedad sistémica materna. Es la respuesta de la hipoperfusión en los órganos maternos afectando a la madre y al feto.

El intenso vasospasmo en la preeclampsia produce reducción en el volumen intravascular hasta un 30-40%. Los capilares permeables y el endotelio dañado producen un aumento de líquido intersticial. Esto se exagera por la HTA y la Presión coloidosmótica baja. Una agresiva expansión del volumen intravascular con cristaloides aumenta el líquido intersticial (edema) y pone a la mujer con preeclampsia en un mayor riesgo de edema pulmonar no cardiogénico.

En un embarazo normal la TA disminuye por vasodilatación debido a un incremento en la producción de prostaciclina y una disminución de la sensibilidad a la angiotensina-II. En la preeclampsia por el contrario disminuye la síntesis de prostaciclina, aumenta la producción de tromboxano A2 y aumenta la sensibilidad a la angiotensina-II, conduciendo a una vasoconstricción generalizada. (16)

2.3.9. Factores de Riesgo

- **Maternos Preconcepcionales:**

- Edad de la madre menor de 20 años y mayor de 35 años.
- Historia familiar y personal de Trastornos Hipertensivos del Embarazo: Preeclampsia y Eclampsia.
- Presencia de determinadas enfermedades crónicas como: Hipertensión Arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal, síndrome antifosfolípido primario y otras enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido secundario), dislipidemia, trombofilias, cardiopatías.

- **Que se relacionan con la gestación en curso:**

- Primigravidez.
- Embarazo múltiple.
- Ambientales
- Escolaridad bajo
- Estrés
- Residencia rural.
- Deficientes cuidados prenatales y nivel socioeconómico bajo.

- **Factores maternos preconceptionales:**

- **Edad materna:** Menor de 20 y mayor de 35 años constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, en estos casos el riesgo de padecer una Preeclampsia se duplica. Las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la Preeclampsia. En el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual presenta placentación inadecuada como causa de la Preeclampsia.
- El embarazo en la adolescencia, menores de 15 años, se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño, no solo a que están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebé, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebé saludable. Dentro de las complicaciones se incluyen: Parto pretérmino, Placenta previa, bajo peso al nacer prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino.
- Las mujeres mayores de 35 años pueden dar a luz a un niño con síndrome de Down, aborto espontáneo, placenta previa, embarazo ectópico.
- **Historia personal de preeclampsia:** Entre un 20% y 50 % de las pacientes que presentaron una Preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación.
- **Historia familiar de preeclampsia:** Se ha determinado un incremento del riesgo de padecer una Preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una Preeclampsia durante su gestación. Los familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido una Preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. De la misma manera, familiares de segundo grado tienen un riesgo

de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de Preeclampsia.

- **Presencia de algunas enfermedades crónicas**

- **La Hipertensión arterial crónica:** un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente, si mayor es la medida de TA pregestacional, mayor es el riesgo de padecer una Preeclampsia. La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia.
- **Obesidad:** La obesidad, se asocia con frecuencia con hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la Tensión Arterial. Los adipositos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral, que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la Preeclampsia.
- **Diabetes mellitus:** En la diabetes mellitus pregestacional puede existir microangiopatía y generalmente hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión uteroplacentaria y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad. Se ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia con la Preeclampsia, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho.

- **Enfermedad renal crónica (nefropatías):** algunas de las cuales ya quedan contempladas dentro de procesos morbosos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis), pueden favorecer por diferentes mecanismos el surgimiento de una Preeclampsia. En los casos de la nefropatía diabética y la hipertensiva, puede producirse una placentación anormal, dado que conjuntamente con los vasos renales están afectados los de todo el organismo, incluidos los uterinos. Por otra parte, en las enfermedades renales en la que existe un daño renal importante, se produce con frecuencia hipertensión arterial, y su presencia en la gestante puede coadyuvar a la aparición de la Preeclampsia.
- **Presencia de anticuerpos antifosfolípidos :** estos están presentes en varias enfermedades autoinmunes, como el síndrome antifosfolípido primario y el lupus eritematoso sistémico, y su presencia (prevalencia aproximada de 15 % en mujeres con alto riesgo obstétrico) se ha relacionado con un aumento de la probabilidad de padecer una Preeclampsia. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos se asocia con el aumento de la tendencia a la trombosis. Esto puede afectar la placenta, tornándola insuficiente, lo que resulta por trombosis de los vasos placentarios, infartos y daño de las arterias espirales. Se alteraría así el desarrollo del trofoblasto desde su inicio y no habría una efectiva circulación fetoplacentaria (isquemia), y en etapas tardías, aparecería un daño importante de la vasculatura útero placentaria, lo que produciría un estado de insuficiencia placentaria y surgirían las complicaciones gestacionales que se asocian con esta.
- **Factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso**
 - **Primigravidez:** En las primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas. La Preeclampsia se reconoce como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al conceptus fetal. La unidad fetoplacentaria contiene antígenos paternos que son

extraños para la madre huésped, y que se supone sean los responsables de desencadenar todo el proceso inmunológico que provocaría el daño vascular, causante directo de la aparición de la enfermedad. En la Preeclampsia, el sistema reticuloendotelial no elimina los antígenos fetales que pasan a la circulación materna, y se forman entonces inmunocomplejos, que se depositan en los pequeños vasos sanguíneos y provocan daño vascular y activación de la coagulación con nefastas consecuencias para todo el organismo. Durante el primer embarazo se pondría en marcha todo este mecanismo inmunológico y surgiría la Preeclampsia pero, a la vez, también se desarrollaría el fenómeno de tolerancia inmunológica, que evitará que la enfermedad aparezca en gestaciones posteriores, siempre que se mantenga el mismo compañero sexual. Así, el efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero.

- **Embarazo gemelar:** tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobre distensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que, por mecanismos complejos, pueden favorecer la aparición de la enfermedad. Se ha informado que la Preeclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo. Por otra parte, en el embarazo gemelar hay un aumento de la masa placentaria y, por consiguiente, un incremento del material genético paterno vinculado con la placenta, por lo que el fenómeno inmuno fisiopatológico típico de la Preeclampsia puede ser más precoz e intenso en estos casos.
- **Factores de riesgo ambientales**
 - **El bajo nivel socio - económico y deficientes cuidados prenatales:** La causa de esto se ha informado que es multifactorial. (17)
 - **Estado civil.** Si una madre afronta su embarazo sin compañía de su compañero, ya sea por separación, muerte o abandono, la va a llevar a un estado de

depresión, soledad y dudas acerca de si continuar con su embarazo o no, en muchas ocasiones, ese nuevo ser, más que significar un motivo de alegría, resulta ser un obstáculo para continuar con su vida laboral y social. El feto, en su vida intrauterina, percibe toda esa serie de situaciones y pensamientos que experimenta la madre, lo cual va a llevar a que sea una persona callada, aislada, insegura de sí mismo, con baja autoestima y desarrollo escolar pobre.

- **Nivel educativo.** Un nivel educativo bajo, desconoce y no aplica los cuidados básicos que se debe tener en cuenta en el embarazo, por ejemplo, no practica una estimulación intrauterina dando como resultado un niño (a) introvertido. Otro ejemplo es, no haberse inscrito en un control prenatal, por lo tanto no detecta complicaciones durante su embarazo y parto, no maneja una dieta balanceada obteniendo niños(as) con bajo peso al nacer.
- **Estrés:** El estrés permanente produce muchas veces ésta enfermedad. Según estudios realizados se ha demostrado que la situación económica de un individuo puede generar estrés. Y éste estrés a su vez produce aumento de la presión arterial. La gestación sea la primera o no, tiene dos hechos de gran importancia que hacen que este acontecimiento sea estresante: la ambigüedad y la ambivalencia. La actitud de la mujer es ambivalente, desea el embarazo, pero a la vez lo rechaza. La gestación implica exigencias y molestias que causan estrés, además está acompañada de náuseas, vómito, cambios de apetito. Lo cual causan inquietud. El mismo aumento de peso y la deformación corporal pueden motivar estrés. En segundo lugar está la necesidad periódica de acudir al médico, sufrir exploraciones y pruebas, y al obtener los resultados aumenta la tensión.

2.3.10. Diagnóstico.

Anamnesis:

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

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.
- Actividad uterina presente o no.
- 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.

2.3.11. Exámenes de laboratorio

Evaluación a la madre:

- 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.

Evaluación al feto:

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

2.3.12. Cuidados de Enfermería

Valoración de enfermería en trastornos hipertensivos del embarazo

Datos objetivos:

- Edemas pretibiales con fóvea
- Elevación de la presión arterial
- Proteinuria
- Hiperreflexia
- Alteración del nivel de conciencia
- Cianosis
- Comienzo de la labor de parto
- Niveles sanguíneos de magnesio $> 7,5$ mEq/
- Oliguria
- Edema pulmonar

Datos subjetivos:

- Nerviosismo
- Nauseas, vómitos.
- Alteraciones visuales (escotomas, visión borrosa, amaurosis)
- Edema en cara y dedos de las manos
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho.
- Irritabilidad, tensión emocional
- Cefalea intensa generalizada

Cuadro 1.- Valoración del edema con fóvea

Escala	Descripción	Profundidad de la impresión	Tiempo de retorno a la altura basal
0	Ninguna presente	0	
1+	Indicios	0 – ¼”	Rápido
2+	Ligero	¼” – ½”	10 – 15s
3+	Moderado	½” – 1”	1 – 2 min
4+	Grave	<1 ”	2-5 min

Fuente: (18)

2.3.13. Prevención de la enfermedad.

La prevención debe realizarse en los niveles: pregestacional y el Control prenatal.

Evaluación Pregestacional:

- Se debe valorar el estado nutricional de la embarazada y si tiene sobrepeso lo más recomendable es incentivarle al consumo diario de una dieta adecuada.
- Evaluación de factores de riesgo y de ser necesario, tomar medidas para reducirlos.
- Tratamiento con ácido fólico

Control Prenatal:

- Detectar los factores de riesgo, signos y síntomas de alarma.
- Establecer un plan de control temprano, sistemático y periódico (mínimo cinco consultas) apoyado de exámenes de laboratorio.

- Se debe educar a la paciente para que identifique los signos y síntomas de alarma
- Un control prenatal efectivo incluye:

Historia clínica completa:

- Interrogatorio para identificar factores de riesgo social como fatiga laboral y situaciones estresantes.
- Interrogatorio sobre antecedentes familiares, personales y gineco obstétricos.
- Se debe tomar en cuenta la edad gestacional

Exploración física que incluya:

- Medición de la altura del fondo uterino
- Medición de peso y presión arterial
- Detección y registro de la frecuencia cardiaca fetal
- Valoración de reflejos osteotendinosos.
- Presencia de edema y otros signos de alarma.

2.4 Marco Legal

Para este estudio se ha tomado en cuenta en el marco Legal a:

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador

El artículo número 32 de la Constitución dice:

Art.32: 2.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

SECCIÓN CUARTA

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- 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.*

CAPÍTULO SEXTO

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

- 1. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.*
- 2. El derecho a la integridad personal, que incluye:*
 - a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. .*
- 3. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.*
- 4. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.*

Art. 347.- Será responsabilidad del Estado:

- 1. Asegurar que todas las entidades educativas impartan una educación en ciudadanía, sexualidad y ambiente, desde el enfoque de derechos.(19)*

2.4.2. Plan del Buen Vivir

Objetivo 3

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.(20)

Salud

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

La tasa de mortalidad en general fue de 4,3 muertes por cada mil habitantes, lo que muestra una ligera mejora con respecto al año 2000 (4,6 por cada mil habitantes).

En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, en 2010; sin embargo, no se ha logrado impactar en este indicador, que ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre 2001 y 2010. (21)

Las enfermedades crónicas se encuentran entre las primeras causas de muerte en el país. En la población femenina, en primer lugar, se encuentran las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardíaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebro vascular y neumonía.

Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de información y educación sexual oportunas. Desde el año 2011 se implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, con los ejes estratégicos de servicios integrales y estrategias de comunicación para modificación de patrones culturales

Son madres el 16,9% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 0,6% de las adolescentes entre 12 y 14 años. Por lo tanto, están expuestas a consecuencias en su salud, a la reproducción intergeneracional de la pobreza, a la posible inestabilidad familiar, a la deserción escolar y a la inserción precaria en el mercado laboral (21)

2.4.3. Objetivos del Milenio

Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna

Meta 5A: Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.

En Ecuador, durante el período 2011 - 2012 la razón de mortalidad materna disminuyó en 10 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La mejora en el registro de las muertes ha tendido a aumentar la tasa; sin embargo, los esfuerzos para su reducción se comienzan a evidenciar.

Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado público - privado (en porcentaje)

El fortalecimiento y expansión de los servicios integrales de salud han permitido un incremento notable de la proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado.

Cobertura de atención prenatal (en porcentaje)

Garantizamos la salud materno-infantil. Los controles oportunos han permitido tomar acciones de prevención y promoción; a 2012 la cobertura de atención prenatal (al menos un control) se incrementó en 10 puntos, en relación a 2004.

Nacimientos en mujeres de 12 a 17 años (en porcentaje)

Durante 2013, más de 90.000 adolescentes y jóvenes fueron formados en temas de salud sexual y reproductiva. A pesar de los avances, todavía existen retos en la reducción del embarazo adolescente.

Uso de métodos anticonceptivos por mujeres casadas o unidas (en porcentaje).

Promovemos la planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que utilizan métodos anticonceptivos aumentó en 27 puntos entre 1989 y 2012.

2.5. Marco Ético

En el Marco Ético se ha considerado los siguientes aspectos:

2.5.1. Código Deontológico de la Enfermera

El Código deontológico para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

Elementos del Código

1. La enfermera y las personas. La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la

sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

2. La enfermera y la práctica.- La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

3. La enfermera y la profesión.-A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

4. La Enfermera y sus compañeros de trabajo.-La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

2.5.2. Derechos de los Pacientes

Los derechos del paciente son muy importantes y son los siguientes:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir un trato amable y digno de todos los funcionarios.
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz de los diagnósticos, pronósticos y tratamientos.
- Decidir libremente sobre su atención y consentimiento informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de emergencia.
- Recibir la prescripción médica.
- Contar con una historia clínica.
- Otorgar consentimiento para ser sometido a estudios, investigación o donante voluntario.
- Ser atendido cuando se encuentre inconforme con la atención médica recibida.
- Abandonar el Hospital, bajo su responsabilidad, expresada por escrito, aún en contra de la indicación médica.
- En caso de que su enfermedad sea terminal, a que si usted o su representante así lo pidieren, en debida forma, no se efectúen procedimientos extraordinarios para prolongar su vida, y a recibir en todo caso, toda la atención disponible para aliviar sus sufrimientos.
- Recibir asistencia religiosa, moral o espiritual mientras dure la atención, o a rechazarla.
- Ejercer estos derechos sin discriminación ninguna.(22)

2.5.3. Derechos de los Adolescentes.

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, en el Título tercero, hace referencia de una manera más detallada sobre los derechos, garantías y deberes; dividiéndolos en cuatro grandes grupos así:

Derechos de supervivencia

En este grupo tenemos los siguientes derechos:

- A la vida
- A conocer a sus progenitores y mantener relaciones afectivas personales, regulares, permanentes con ellos y sus parientes.
- A tener una familia y a la convivencia familiar, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse con su familia biológica excepto cuando esto sea imposible o vaya en contra de su interés superior.
- Protección prenatal
- A la lactancia materna, para asegurar el vínculo afectivo con su madre y un adecuado desarrollo y nutrición.
- Atención en el embarazo y parto, en condiciones adecuadas, tanto para el niño o niña como para la madre, especialmente en caso de madres adolescentes.
- A una vida digna, en condiciones socioeconómicas que permitan su desarrollo integral, una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente;

recreación y juegos, a educación de calidad, vestuario y vivienda con todos los servicios básicos.

- A la salud, acceso permanente a servicios de salud públicos y medicinas gratuitas.
- A la seguridad social, a sus prestaciones y servicios.
- A un medio ambiente sano.

Derechos relacionados con el desarrollo:

- A la identidad, a un nombre, nacionalidad, relaciones de familia.
- A conservar, desarrollar, fortalecer y recuperar la identidad cultural, así como los valores espirituales, culturales, religiosos, lingüísticos, políticos y sociales. Se deberá respetar la cultura de pueblos indígenas y negros o afro ecuatorianos, su cosmovisión, realidad cultural y conocimientos de cada pueblo o nacionalidad.
- A la identificación, deberán ser inscritos de manera inmediata y con los correspondientes apellidos paterno y materno.
- A la educación que sea de calidad, respete la cultura del lugar, convicciones éticas, morales, religiosas. La educación pública es gratuita y laica. Las instituciones educativas deberán brindar este servicio con equidad, calidad y oportunidad. Los padres y madres tienen la obligación de matricular a sus hijos e hijas en planteles educativos y elegir la educación que más les convenga. Queda prohibido la aplicación de sanciones corporales, psicológicas que atenten a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes, la exclusión o discriminación por una condición personal o de sus progenitores.

- A la vida cultural, a participar libremente en expresiones de carácter cultural.
- A la información, a buscar y escoger información, que sea adecuada, veraz, pluralista y que brinde orientación y educación crítica.
- A la recreación y al descanso, al deporte, a la práctica de juegos en espacios apropiados, seguros y accesibles, y en especial de juegos tradicionales.

Derechos de Protección:

- A la integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. se prohíben los tratos crueles, degradantes o tortura.
- A la libertad personal, dignidad, autoestima, reputación, honor e imagen propia.
- A la privacidad, inviolabilidad del hogar y las formas de comunicación. Tienen derecho a que se respete la intimidad de su vida familiar y privada, inviolabilidad de domicilio correspondencia, comunicación electrónica y telefónica, o cualquier intromisión de manera ilegal o arbitraria, se exceptúa la vigilancia natural de los padres, madres y maestros.
- A la reserva de la información sobre antecedentes penales, no se hará pública la información sobre antecedentes policiales o judiciales, en el caso que los o las adolescentes hubiesen sido investigados o privados de la libertad por el cometimiento de una infracción penal.
- A que los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales gocen de los derechos que les permita un desarrollo integral de las capacidades y el disfrute de una vida digna, plena y con la mayor autonomía

posible. Además, deberán ser informados de las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad.

- Los hijos e hijas de personas privadas de la libertad, que no gocen de su medio ambiente familiar, el Estado deberá brindarles protección y asistencia especial.
- A protección especial en caso de desastres y conflictos armados; se tomará medidas de atención prioritaria como son: evacuación de la zona afectada, alojamiento, alimentación, atención médica y medicinas. Está prohibido la participación o reclutamiento de niños, niñas o adolescentes en conflictos armados internos o internacionales.
- Los niños, niñas y adolescentes refugiados tienen derecho a recibir atención humanitaria que permita el disfrute de sus derechos. (23)

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

La investigación es cuali-cuantitativa, no experimental ya que se estudia el comportamiento y los hábitos de las adolescentes atendidas con hipertensión inducida por el embarazo en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

Cuantitativa: Se centra en los aspectos observables susceptibles de cuantificación, y utiliza la estadística para el análisis de los datos.

No experimental: se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

Con el propósito de obtener datos reales de las adolescentes, se utilizó el método estadístico que nos permitirá agrupar metódicamente los datos personales, sociales y clínicos a descubrirse, con el fin de representar con números los hechos investigados. El diseño será de carácter no experimental, ya que no se manipuló ninguna variable.

3.2. Tipo de investigación

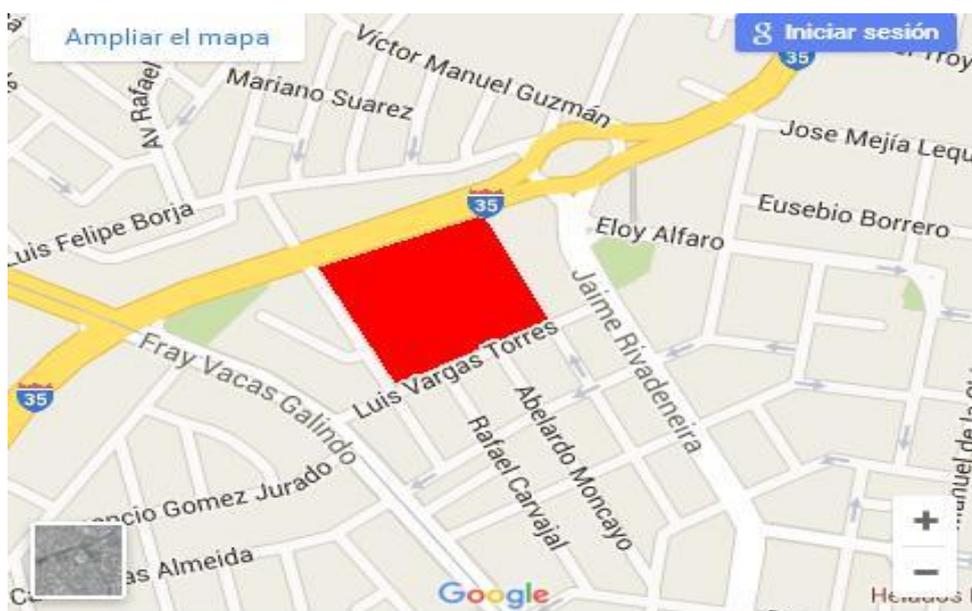
Esta investigación es de tipo: descriptivo, bibliográfica y transversal.

- Descriptivo: porque el objetivo no es evaluar una hipótesis de trabajo.
- Bibliográfica: es una amplia búsqueda de información sobre una cuestión determinada.
- Transversal: permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado.

3.3. Localización y Ubicación del estudio

Institución: Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl.
 Ubicación: Luis Vargas Torres 1-25 y Gonzalo Gómez Jurado
 Parroquia: El Sagrario
 Cantón: Ibarra
 Provincia: Imbabura
 País: Ecuador

Figura 1.- Ubicación del Hospital San Vicente de Paúl



Fuente: Google Maps

3.4. Población

3.4.1. Universo

El universo o población a investigar serán las mujeres embarazadas adolescentes que acudieron al Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015 del cantón Ibarra, durante el periodo Enero - Diciembre 2015.

3.4.2. Muestra

La muestra será el número total de las adolescentes embarazadas con diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo que fueron atendidas en el centro obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015.

3.4.3. Criterios de inclusión

Todas las adolescentes embarazadas con diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo que fueron atendidas en el centro obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2015.

3.4.4. Criterios de exclusión

Las adolescentes embarazadas sin diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo que fueron atendidas en el centro obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2015.

3.4.5. Incidencia

La incidencia mide la frecuencia de un evento nuevo relacionado con la salud: enfermedad, muerte, curación, etc.

Se calcula dividiendo el número de sucesos que ocurren en una población a lo largo de un periodo de tiempo específico, entre la población expuesta a padecer ese evento.

$$TI=I/PT$$

I=N° de casos nuevos

PT=N° de personas en riesgo de desarrollar la enfermedad o evento por el tiempo que cada una de ellas permanece en riesgo (personas riesgo).

$$TI= \frac{\text{N° Adolescentes Embarazadas con HIE}}{\text{N° Adolescentes Embarazada}}$$

$$TI= \frac{80}{200} = 0.4\% \text{ por cada } 100.000 \text{ habitantes.}$$

3.5. Operacionalización de las variables

- Caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características socio demográficas	Estudio de la población humana, de su dimensión, estructura, evolución y demás características generales.	Características sociales	Estado civil	Casada Soltera Unión libre
			Edad	< 14 14-15 15-16 17-18
			Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria Superior
		Características demográficas	Lugar dónde habita	Urbana Rural
			Etnia	Mestiza Negra Indígena Blanca

- Identificar el número de adolescentes embarazadas atendidas con diagnóstico de Hipertensión Inducida por el Embarazo en el Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo Enero - Diciembre 2015

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad gestacional	Avance de embarazo	Semanas de Gestación	Edad embrión, feto	1-4 semanas 5-20 semanas 21-28 semanas 29-40 semanas
Número de controles	Vigilancia del personal adecuado durante el embarazo para identificar factores de riesgo y corregirlos	Visitas a unidades de salud.	Control de embarazo.	Ninguno 1-3 4-6 Más de 6
Lugar donde se realiza control	Unidad operativa de salud o lugar donde se realiza los controles.	Demográfico	Distrito de control	Hospital SCS Partera
Número de ecografías	Vigilancia ultrasonográfica del embarazo para identificar factores de riesgo	Imágenología	Número de ecografías realizadas	Ninguno 1-3 Más de 3
Paridad	Procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero	Cantidad de embarazos anteriores más éste	Numérico	1..12
Tipo de Partos realizados anteriormente	Embarazos llevados a término	Condiciones de sobrevivir del bebé	Tipo de parto	Normales Abortos Cesáreas Total

- Clasificar el tipo de Hipertensión Inducida por el Embarazo en cada una de las adolescentes embarazadas atendidas en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo Enero - Diciembre 2015

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Hipertensión en embarazo	Trastorno que afecta el curso normal del embarazo	HTA	Tipo de THE de acuerdo a signos y síntomas	Hipertensión Gestacional Preeclampsia Preeclampsia Leve Preeclampsia Severa Eclampsia Síndrome de HELLP
Factores de riesgo de hipertensión en embarazo	Enfermedades crónicas degenerativas	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta	Vulnerabilidad de las enfermedades	Diabetes Hipertensión Obesidad
	Antecedentes familiares	Características de ciertas enfermedades en una familia	Vulnerabilidad de las enfermedades	Diabetes Hipertensión Obesidad

Hábitos	Conductas que se repiten de modo sistemático	Aspecto Físico	Realiza Ejercicios	Si No
		Alimentación	Número de Ingesta de nutrientes	1 vez 2 veces 3 veces 4 veces
		Ingesta sal	Consumo de sal	Abundante Normal Bajo
Síntomas	Factores que el paciente siente	Malestares como jaqueca o migraña	Dolores de cabeza	Si No
		Pérdida de equilibrio	Vértigo y mareo	Si No
		Zumbido	Ruido áspero, continuado y monótono	Si No
Signos	Resultado de examen médico, consecuente de una alteración de la salud.	Incapacidad de ver	Visión borrosa	Si No
		Edema	Hinchazón pies	Si No
		Pérdida de sangre	Sangrados	Si No

- Socializar los resultados con el personal de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl y con los Centros de Salud de la ciudad de Ibarra.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Capacitación	Instancia de capacitación para brindar un mensaje a las madres adolescentes, y brindar solución a sus problemas	Recibir información	Interés	Si No

3.6. Métodos de recolección de información

- En esta investigación se realizó una revisión de las historias clínicas de las adolescentes atendidas en Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl con diagnóstico de hipertensión Inducida por el Embarazo en el periodo Enero-Diciembre 2015
- Se utilizó un checklist, tomando en cuenta las variables de este estudio para el cumplimiento de los objetivos planteados.

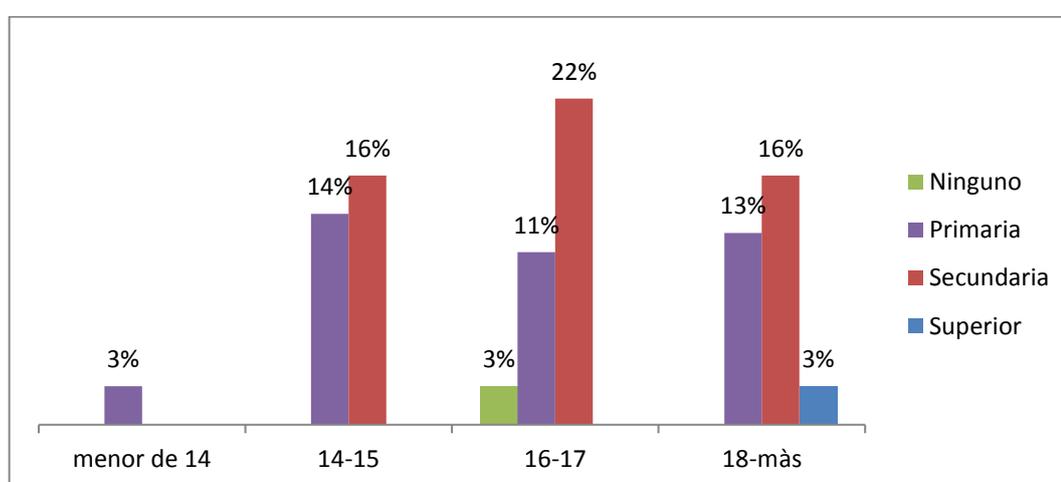
3.7. Análisis de datos

Utilizando el checklist a partir de las Historias clínicas almacenadas en Estadística del Hospital San Vicente de Paúl 2015, se logró obtener los datos médicos de las Adolescentes con diagnóstico de Hipertensión Inducida por el Embarazo

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

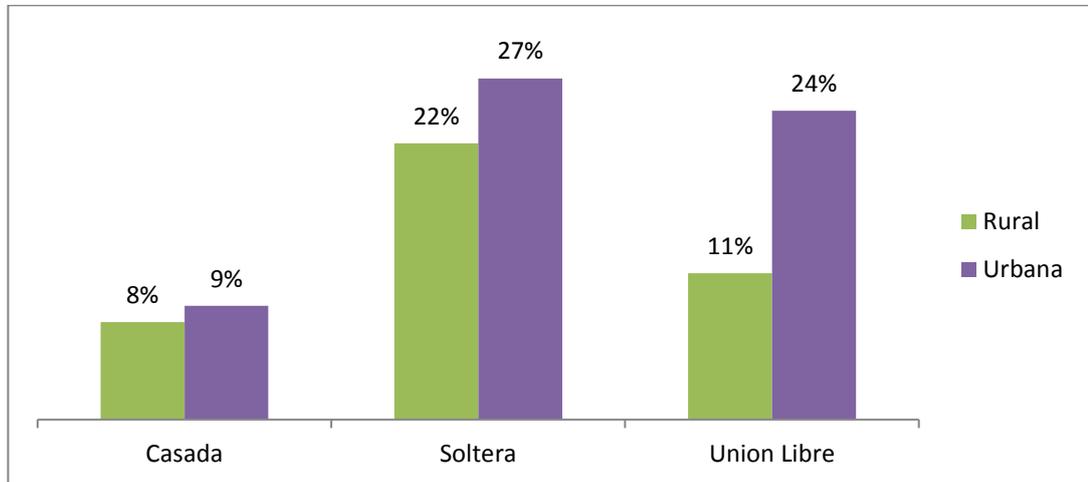
Gráfico 1.- Escolaridad y edad de las Adolescentes Embarazadas



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

Las adolescentes entre 14 y 18 años cursan la secundaria, seguido de un porcentaje significativo de adolescentes que cursan la primaria, al comparar estos resultados con un estudio realizado sobre Incidencia de preeclampsia y eclampsia en embarazos a término en adolescentes de 16 a 17 años, realizado en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, cuyos resultados fueron que “el 41% tiene estudio primario y el 41% instrucción secundaria, y un 10% sin ningún nivel de instrucción(24). Estos datos se relacionan con la falta de interés que poseen las adolescentes para poder completar su educación básica, quizá debido a múltiples factores socio económicos que afectan a la calidad de vida de las mismas; problemas familiares que culmina con la deserción escolar.

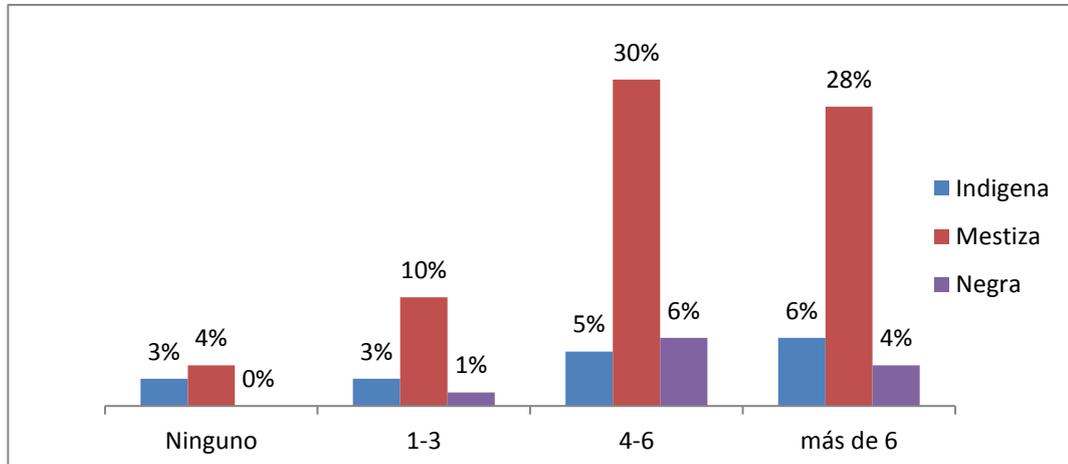
Gráfico 2.- Estado civil y residencia de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

Un porcentaje alto de mujeres adolescentes embarazadas son solteras seguido de las que viven en unión libre y un mínimo porcentaje son casadas, de igual forma existe un porcentaje similar de mujeres que viven o su residencia es en el área urbana, al comparar estos datos con una investigación realizada en el Hospital Ruiz y Páez en la cual se manifiesta que el mayor número de casos con hipertensión arterial inducida por el embarazo se presentaron en las gestantes que viven solas, (24) dato que llama la atención ya que puede ser debido al estrés por el cual está pasando la adolescente al estar embarazada, sentirse sola con un futuro incierto, y sin el apoyo de su pareja y padres, puede conllevar a complicaciones como la hipertensión.

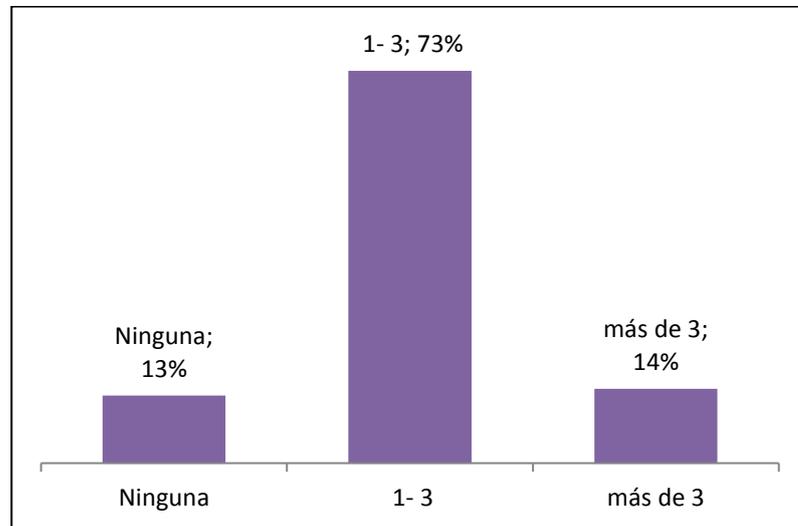
Gráfico 3.- Número de controles prenatales y etnia de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
 Realizado por: Autora.

Las mujeres atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl en su mayoría son de raza mestiza, en un 72%, indígena 16% y negra un 11%. El 42% de mujeres embarazadas se han realizado de 4 a 6 controles; más de 6 controles un 38%. La etnia que predomina es la mestiza, Imbabura es considerada una provincia multiétnica en la cual habitan etnias como mestiza, negra e indígena, la mayoría de la población atendida en el hospital San Vicente de Paúl son de etnia mestiza(25). Datos que pueden variar de acuerdo al lugar donde se encuentra ubicado el hospital, en este caso está en capital de provincia y la mayoría de la población o zona de influencia es de etnia mestiza.

Gráfico 4.- Número de ecografías realizadas a las Adolescentes Embarazadas.

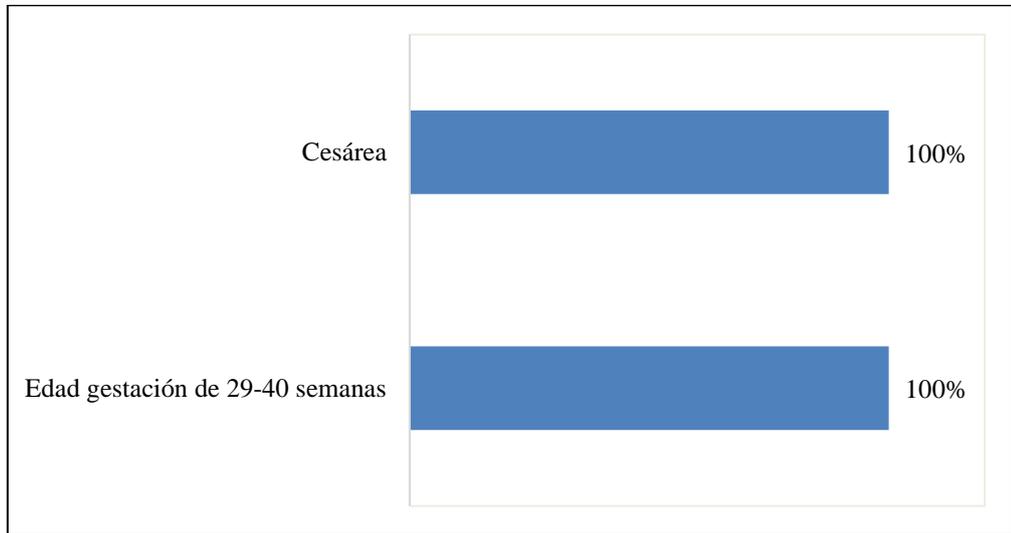


Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

Se detectó un 73% de mujeres adolescentes embarazadas que se realizaron de 1 a 3 ecografías, el 14% más de 3 ecografías y un 13% no se realizó ninguna ecografía.

El diagnóstico por ultrasonido, permite la comprobación del proceso de formación del bebé, también con este procedimiento es posible detectar precozmente anomalías que pueden dar lugar a enfermedades muy graves del niño y entregar información para su evaluación de la frecuencia cardiaca, el peso y la talla, la formación de los órganos y, en definitiva, determinar si el embarazo se desarrolla de forma correcta; es recomendable realizarse de 4 a 5 ecografías en el proceso del embarazo(26). Las adolescentes deberían tomar conciencia de la importancia de las ecografías prenatales tanto para su salud como para observar el desarrollo normal de su feto.

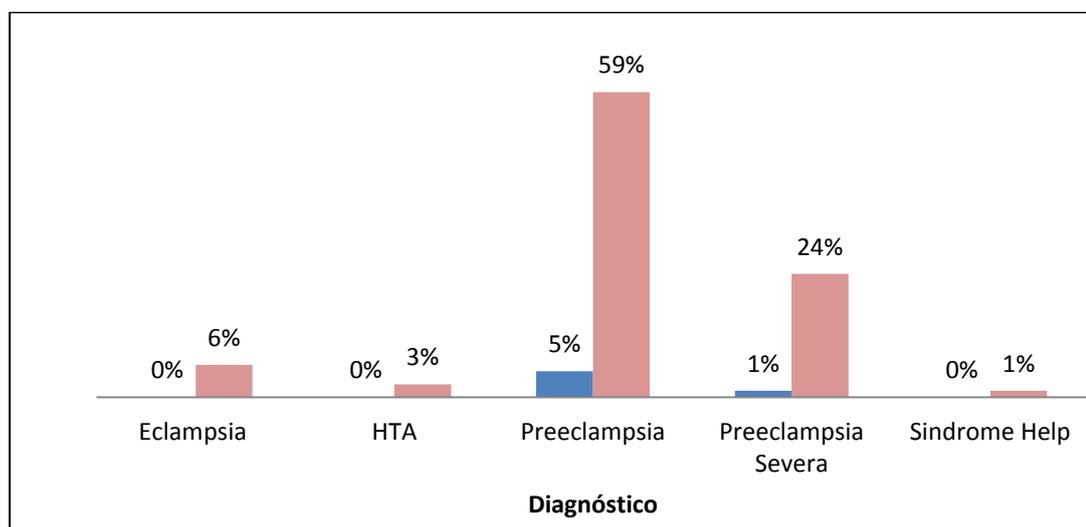
Gráfico 5.- Edad gestacional de 29 a 40 semanas de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

Todas las Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paúl 2015 presentaron edades gestacionales de 29 a 40 semanas y todas ellas fueron atendidas en su parto mediante cesárea. “Cuando aparece de manera brusca e inesperada las convulsiones en la paciente Preecláptica, se debe controlar inmediatamente ya que puede complicarse con la muerte materna y/o fetal, en el diagnóstico presuntivo de preeclampsia se debe como tratamiento culminar con el embarazo, haciendo un balance de riesgo- beneficio para la madre y el niño: esto conlleva usualmente a una cesárea de emergencia sin importar la madurez del bebé” (24). A las adolescentes con diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo les realizaron cesárea debido a las complicaciones de su patología.

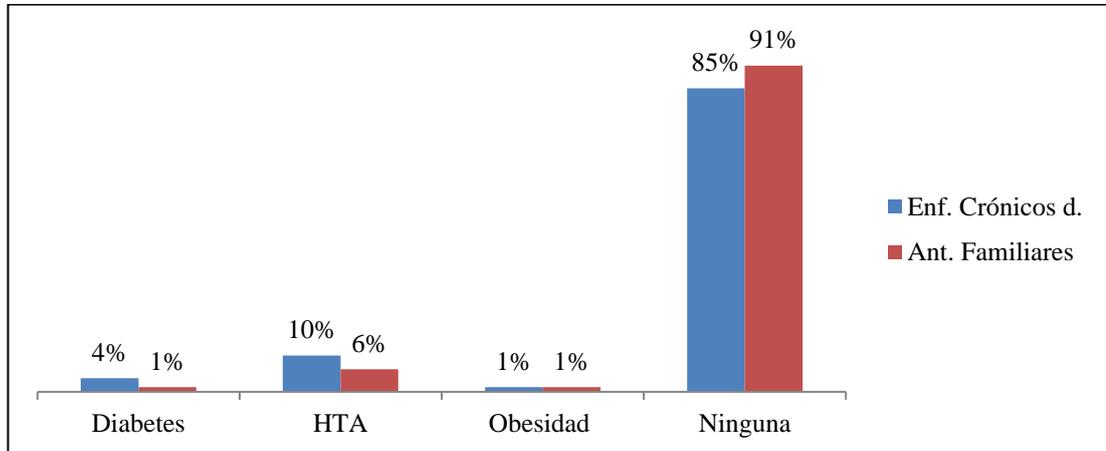
Gráfico 6.- Diagnóstico de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

El 93% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl 2015, afirma que este es su primer parto. El 93% de ellas señala diagnóstico de Hipertensión Inducida por el Embarazo; el embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el bebé; según el resultado obtenido en una investigación por la Dra. Bárbara Castro, de la Unidad de ginecología de la Adolescencia del Hospital Universitario La Paz de Madrid, el organismo de la adolescente tiene unas necesidades para su propio desarrollo en las que puede interferir la gestación, con los consiguientes riesgos de malnutrición o retraso en el desarrollo óseo, entre otros. A nivel psicológico, la adolescente se encuentra en una etapa de inmadurez, que hace que sienta más el rechazo, sienta vergüenza, y sufra problemas de adaptación o de falta de apoyo emocional, ya que por lo general no tiene pareja, o la relación no está consolidada. Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos(26).

Gráfico 7.- Enfermedades crónicas degenerativas y antecedentes familiares

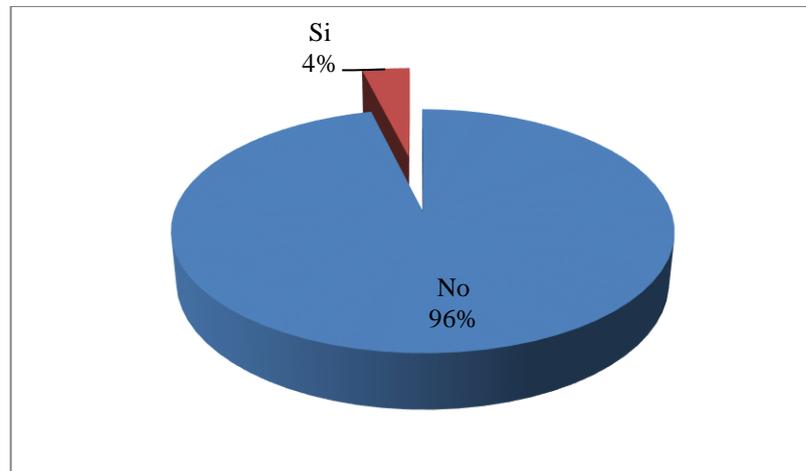


Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

De las mujeres atendidas que presentan enfermedades crónicas como obesidad, diabetes e hipertensión arterial suma un total de 15%; en cambio las que tienen antecedentes familiares con las patologías señaladas anteriormente suman el 8%.

Las pacientes que presentan riesgo de preeclampsia son aquellas que tienen hipertensión crónica, antecedentes familiares de preeclampsia, embarazos múltiples(24). Los datos de esta investigación corroboran lo manifestado por algunos autores en el cual mencionan que los factores de riesgo para preeclampsia son múltiples el más importante es el antecedente familiar y los embarazos múltiples.

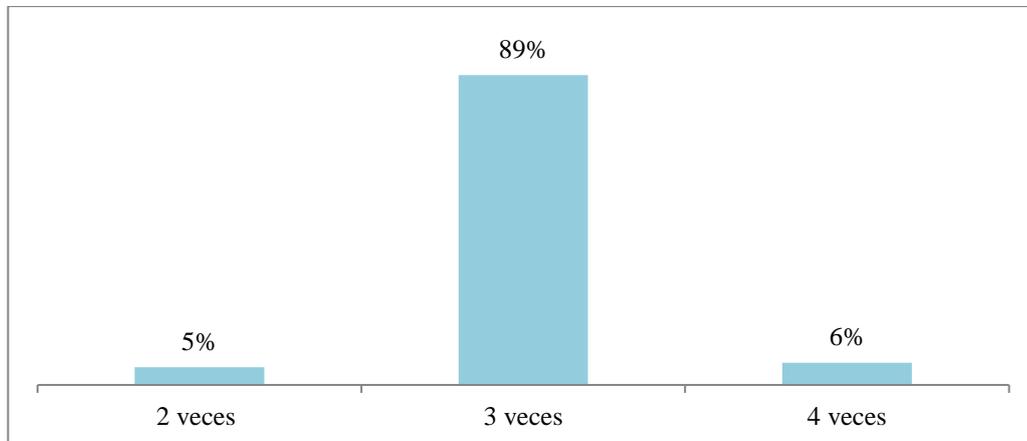
Gráfico 8.- Realizan ejercicios las Adolescentes Embarazadas.



Fuente:	Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por:	Autora.

Se puede determinar que el 96% de las Adolescentes embarazadas atendidas no realizan ejercicios, factor importante para el cuidado de la salud; investigaciones recientes demuestran que la psicoprofilaxis prenatal tiene gran impacto en la salud de la madre, del feto y en el recién nacido. La gestante al adquirir conocimientos del proceso de su embarazo y parto, va tomando confianza y habilidades para su autocuidado y manejo de su embarazo y parto. La Psicoprofilaxis prenatal se entiende como el conjunto de acciones de educación en salud, la adquisición de conocimientos básicos del proceso de embarazo parto-post parto y gimnasia que preparará físicamente a la madre; además esto interviene en el estilo de vida que desarrolla la gestante desde el embarazo(27). Sería importante en la adolescente incentivar a realizar psicoprofilaxis prenatal para disminuir las complicaciones, los desgarres y a la vez promover al relajamiento; los sentimientos de bienestar y una imagen positiva de sí misma; esto llevara a un final feliz del parto en la adolescente.

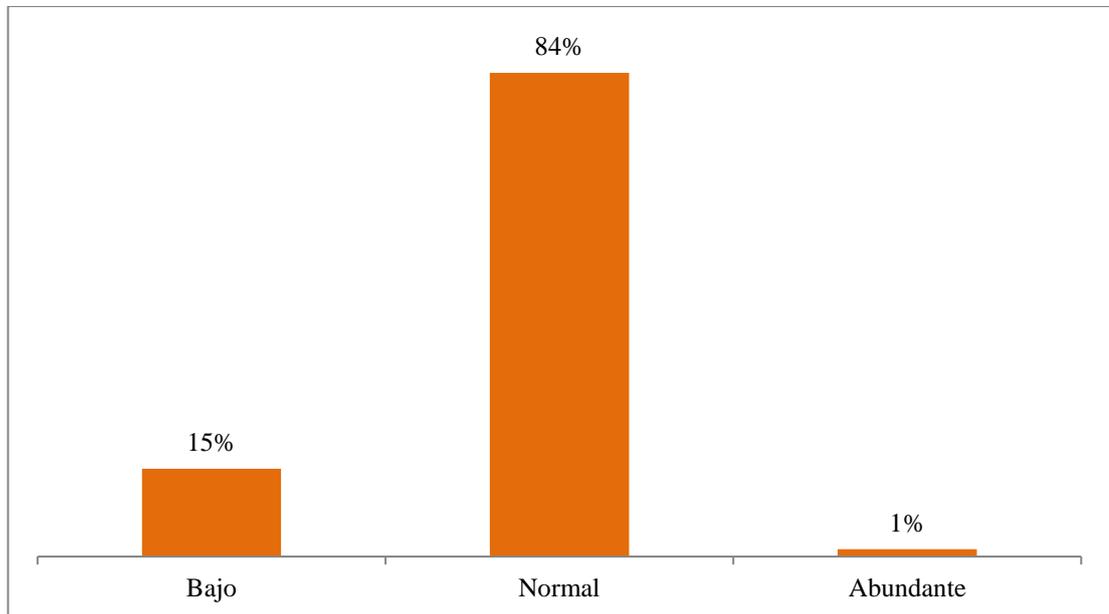
Gráfico 9.- Número de ingesta de alimentos de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

El 89% de adolescentes embarazadas realiza la ingesta tres veces al día, el 5% dos veces y el 6% cuatro veces. El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados de salud del feto, del lactante y la madre; deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados de salud para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño(28). Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos. La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes del embarazo y durante este, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para sus hijos.

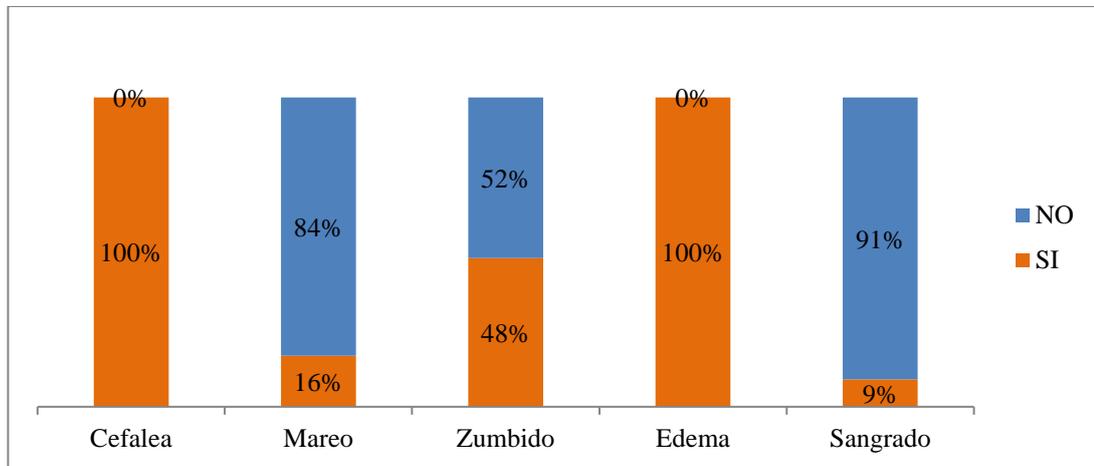
Gráfico 10.- Según la ingesta de sal de las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

De las adolescentes embarazadas 84% señala que la ingesta de sal en su comida diaria es la normal, un 15% señala que es baja y solo 1% que es abundante; en una revisión de estudios llevada a cabo por Duley y Cols y publicada en la Biblioteca Cochrane Plus sobre los cambios en la ingesta de sal de la dieta para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones, los autores afirman que no hay pruebas concluyentes para recomendar sistemáticamente la reducción de la sal durante el embarazo. Tras la revisión de toda la bibliografía referente a este asunto, no se obtienen resultados evidentes de que la reducción de sal repercuta en efectos beneficiosos en la prevención o tratamiento de estos trastornos; la sal en exceso en los líquidos corporales se asocia a retención de líquidos, edemas e hipertensión arterial (29). Es por esto que debemos educar bien a la adolescente embarazada sobre el adecuado consumo de sal en su dieta ya que así podríamos evitar posibles complicaciones con su presión arterial.

Gráfico 11.- Signos y Síntomas que presentan las Adolescentes Embarazadas.



Fuente: Revisión de Historias Clínicas.
Realizado por: Autora.

Los signos y síntomas que presentaron las adolescentes embarazadas son: 100% con cefalea y edema, el 48% con zumbidos en los oídos; mareos y sangrado en menor proporción. En los signos y síntomas más frecuentes de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo son (cefaleas), frecuentemente de localización frontal, acompañadas de nerviosismo, sensación de mareo, somnolencia, zumbidos de oídos.(24) Tomando en cuenta los signos y síntomas con los que ingresaron las adolescentes, y de acuerdo a la clínica de la patología toda o en su mayoría se trata de un diagnóstico de HTA inducida por el embarazo.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La presente investigación realizada a las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paul en el año 2015 se llega a las siguientes conclusiones:

- Las adolescentes tienen edades comprendidas entre 14 y 18 años; cursan la secundaria de acuerdo a su edad, existe un porcentaje significativo de adolescentes que todavía están en cursos inferiores a octavo de básica; además casi todas son solteras, seguido de las que viven en unión libre y un mínimo son casadas, cabe señalar que las adolescentes provienen de la zona urbana y son de etnia mestiza.
- Las adolescentes que fueron atendidas en el año 2015; son 200 adolescentes embarazadas en total, de las cuales 80 fueron diagnosticadas con HTA inducida por el embarazo. Es decir, la tasa de incidencia es: 0.4×100.000 habitantes.
- Se determinó que la clasificación de la Hipertensión Inducida por el Embarazo en el presente estudio es: 2,5% Hipertensión Gestacional, 65% Preeclampsia, 25% Preeclampsia Severa, 6,25% Eclampsia y 1,25% Síndrome de Hellp. la mayoría de ellas transcurren con su primer embarazo, lo que conlleva a un riesgo de morbilidad y mortalidad, debido a su edad temprana y a la falta de conocimiento sobre las complicaciones de esta patología.

- Al socializar la guía de educación a la adolescente se logró un compromiso al autocuidado y a la prevención de complicaciones post-parto.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda:

- A las Instituciones Educativas, para que se realice un programa específico de Educación Sexual dirigido a padres de familia y a las adolescentes de acuerdo a su edad.
- Al MSP, para que con el grupo de adolescentes embarazadas se provea de atención médica integral, incluyendo Psicología para mejorar la calidad de vida de la misma y de su familia.
- A los padres de familia para que exista una comunicación afectiva con sus hijas e hijos, identifiquen cuando sus hijos están en problemas y se pueda en el futuro disminuir el porcentaje de adolescentes embarazadas.
- A las adolescentes embarazadas a concienciar su estado de salud para que tomen medidas adecuadas en bien del bebé y de sí mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Estrategia Nacional Intersectorial de Hábitos de Vida Saludables Quito; 2016.
2. OMS. Nota descriptiva N°348. [Online].; 2015 [cited 2016 03 12. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
3. Albán A, Chango E, Mendoza M. Incidencia de preeclampsia en adolescentes hospitalizadas en el área de adolescencia del hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora. (Tesis de Grado). Quito.; 2013.
4. Caiza S. Complicaciones materno fetales asociadas a la preeclampsia. (Tesis de grado). Riobamba.; 2010.
5. Calucho M, Naula M. Complicaciones materno fetal asociada a Preeclampsia - eclapsia en pacientes. (Tesis de grado). Riobamba.; 2013.
6. Amarán J, Zamora M, Pérez M, Arias D, Valverde I. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN. 2008;; p. 437-45.
7. Juarte E, BR, & HA. Archivo Médico de Camagüey Camagüey; 2016.
8. Lugo A, Álvarez PV, Rodríguez A. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010.
9. UNICEF. Adolescencia una etapa fundamental. [Online].; 2009 [cited 2016 08 11. Available from: http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf.
10. INFORMAJOVEN. Cambios en la pubertad y adolescencia. [Online].; 2012 [cited 2016 08 11. Available from: http://www.informajoven.org/info/salud/k_7_7.asp.
11. Issler J. Embarazo en la adolescencia. [Online].; 2008 [cited 2016 08 11. Available from: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

12. American Pregnancy. La Hipertensión Gestacional: Hipertensión Inducida Por El Embarazo (HIE). [Online].; 2015 [cited 2016 08 11. Available from: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension/>.
13. MedlinePlus. Síndrome HELLP. [Online].; 2016 [cited 2016 08 11. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000890.htm>.
14. Dieckmann W. Toxemias of pregnancy St. Louis: Mosby; 2011.
15. Chesley LC. Hypertension in pregnant women. [Online].; 2010 [cited 2016 08 22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10825638>.
16. Muñoz S, Riobello E. Preclampsia y Hemorragias Obstetricas Servicio Anestesiología y Reanimación Hospital Valld´Hebron.; 2009.
17. Mather S, Abalos E, Carroli G. Reposo en Cama con o sin Hospitalización para la Hipertensión durante el Embarazo. [Online].; 2014. Available from: http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v59_n2/hipertension.htm.
18. Las coronarias. Las coronarias. [Online].; 2009. Available from: <http://lascoronarias.blogspot.com/2008/10/escala-de-valoracin-del-dema.html>.
19. Asamblea Constituyente. Constitución Nacional del Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008.
20. MIES. Plan del Buen Vivir. In Objetivo 3.; 2013-2017. p. 135.
21. Planificación CNd. Plan Nacional para el buen Vivir 2013-2017 Quito: Registro Oficial ; 2013.
22. Jean-Marteau. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA: Fornara; 2015.
23. Villalva , Jácome A. Niños, niñas y adolescentes: Derechos y Deberes. Revista Judicial. 2009.

24. Terán Paz EJ. Factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital San Vicente De Paúl Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2012.
25. INEC. Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios – 2015. [Online].; 2015 [cited 2017 02 01. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-camas-y-egresos-hospitalarios-2013/>.
26. Velasco C. Importancia del ultrasonido en el embarazo. [Online].; 2009 [cited 2017 02 14. Available from: <http://bellezasLatinas.com/ultrasonido/ecografia-embarazo>.
27. Webconsultas. Complicaciones en embarazo. [Online].; 2016 [cited 2017 02 01. Available from: <http://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/posibles-complicaciones-3431>).
28. Jara B. Psicoprofilaxis en el embarazo. [Online].; 2016 [cited 2017 02 01. Available from: <http://psicoprofilaxisenel embarazo.blogspot.com/2012/10/psicoprofilaxis-en-el-embarazo.html>).
29. Darnton-Hill I. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. [Online].; 2013 [cited 2017 02 01. Available from: http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/).
30. Fundacion Eroski. La sal durante el embarazo. [Online].; 2008 [cited 2017 01 02. Available from: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/embarazo_y_lactancia/2008/12/15/144222.php.
31. Organización Mundial de la Salud. Embarazo. [Online].; 2016 [cited 2016 02 29. Available from: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>.
32. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud. [Online].; 2012 [cited 2016 02 20. Available from: <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>.

33. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del buen vivir. primera ed. Quito: Semplades; 2016.
34. Bescós E, Crespo A, Arias C, Chaparro M. Hipertensión Arterial. [Online].; 2015 [cited 2016 02 12. Available from: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>.
35. Duckett K, Baker P. Hypertensive Diseases and Eclampsia Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Argentina; 2012.
36. Garcia T. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Ginecología Avanzada Mexico: Latina ; 2011.
37. Cunningham G, Williams H. Obstetrician Mexico: McGraw Hill ; 2014.
38. Torres W. World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders in Pregnancy Mexico; 2008.
39. UNICEF. La adolescencia, Una época de oportunidades New York: UNICEF; 2011.
40. Ortega O. Cambios físicos en la adolescencia. [Online].; 2007 [cited 2016 08 11. Available from: <http://centromujer.republica.com/diario-intimo/cambios-fisicos-en-la-adolescencia.html>.
41. Molina DC. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. [Online].; 2012 [cited 2016 08 11. Available from: <http://tratado.uninet.edu/c011702.html>.
42. Tirado R, Velásquez O. Hipertensión inducida por el Embarazo Hospital “Ruiz y Páez”. Bolívar: Universidad de Oriente; 2012.
43. Pascuzzo C, Emary C, Valle N, Gavidia R, Vallín L. Relación del asma y la hipertensión inducida por el embarazo. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014.
44. Sosa L, Guirado M. Cardiología. Estados hipertensivos del embarazo. 2015 Aug.

45. Infogen. Hipertensión y Embarazo. [Online].; 2015 [cited 2016 12 01]. Available from: <http://infogen.org.mx/hipertension-y-embarazo/#indice-6>.
46. Villacis B, Carrión D. Ecuador. País Atrevido Quito: INEC; 2015.
47. Pérez J. Incidencia de preeclampsia y eclampsia en adolescentes en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo De Procel. Universidad de Guayaquil; 2014.
48. Pacheco J. Hipertensión inducida por el Embarazo Nuevos Conceptos; 2015.
49. Ricardo G. Hipertensión asociada al embarazo. [Online].; 2016 [cited 2016 12 01]. Available from: <http://www.maternofetal.net/5hipertensivas.html>.
50. Eroski Fundacion. La sal durante el embarazo. [Online].; 2008 [cited 2017 01 02]. Available from: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/embarazo_y_lactancia/2008/12/15/144222.php.

ANEXOS

Anexo I.- Checklist

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA



La presente tiene por objetivo, determinar la Incidencia de Hipertensión Inducida por el Embarazo en Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico - Hospital San Vicente de Paul 2015. Esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad el presente cuestionario, sus respuestas serán manejadas con absoluta reserva.

Dg Presuntivo: Dg Definitivo:

Fecha de Ingreso:

Motivo de Ingreso

DATOS GENERALES

- 1.- Edad de la Madre: _____
- 2.- Edad gestacional: _____
- 3.- Área de residencia: () Rural () Urbana
- 4.- Escolaridad: () Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior
- 5.- Etnia: () Mestiza () Mulato () Indígena () Afroamericana
- 6.- Estado civil: () Casada () Soltera () Viuda
() U. Libre () Divorciada
- 7.- Número del embarazo actual:
- 8.- Cuantos controles prenatales se ha realizado:
.....
- 9.- Cuántas Ecografías prenatales se ha realizado:.....
- 10.- En su embarazo actual presenta alguna complicación () SI () NO
- 11.- En su embarazo actual existen signos y síntomas como:
 - Aumento de la presión arterial () SI () NO
 - Hinchazón de manos y pies () SI () NO
 - Dolor de cabeza () SI () NO
 - Aumento de peso () SI () NO
 - Tinnitus () SI () NO
 - Convulsiones () SI () NO
 - Vértigo () SI () NO
 - Acufenos () SI () NO

- Dolor en hipogastrio SI NO
- Dolor en hipocondrio derecho SI NO
- Visión borrosa SI NO
- Dolor abdominal SI NO
- Sangrado vaginal SI NO
- Dolor al orina SI NO

12.-Existen Antecedentes Familiares de enfermedades hipertensivas del embarazo

SI NO

En quienes.....

13.- Existe antecedentes familiares de enfermedades como:

Hipertensión Diabetes Obesidad

Insufic. Renal Preeclampsia

14.- Ha presentado problemas relacionados con la HIE antes del parto:

SI NO

15.- Ha estado hospitalizada alguna vez por problemas relacionados con los THE:

SI NO

Anexo II.- Fotografías

Revisión de Historias Clínicas



**Socialización de Guía para adolescentes.
Centro Obstétrico**





Socialización de Guía para adolescentes en Ginecología





Sala de Preeclampsia





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

GUÍA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON DIAGNOSTICO DE
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

¿Estamos educando a nuestras niñas
a tomar decisiones asertivas para su vida?



AUTORA: Karla Lizeth Ramos Marroquín
DIRECTORA DE TESIS: Msc. Ximena Tapia

Ibarra, Abril del 2017

SUMMARY

"Incidence of Induced Hypertension by pregnancy in Adolescents attended at the Obstetric Center - Hospital San Vicente de Paul 2015"

Karla Lizeth Ramos Marroquín

Karliz_19@hotmail.com

The Induced Hypertension by Pregnancy is a disorder that affects the normal course of pregnancy and it is defined as the appearance of arterial hypertension without a prior diagnosis in a pregnant woman after 20 weeks of pregnancy. The clinical picture is characterized by the appearance of arterial hypertension that can be associated with proteinuria and edemas in lower limbs, to evolve unfavorably to convulsions and to arrive at the coma; it is for this reason that was carried out the study called Incidence of Induced Hypertension by Pregnancy in Adolescents attended at the Obstetric Center - Hospital San Vicente de Paul 2015, whose objective was to determine the Incidence of Induced Hypertension by Pregnancy in Adolescents attended in the Obstetric Center - Hospital San Vicente de Paul 2015; It was carried out the study of non-experimental qualitative and quantitative design of a descriptive, bibliographical and cross-sectional study conducted at the Obstetric Center of the Hospital San Vicente de Paul, aimed at pregnant adolescents, the results obtained are: the adolescents are from mestiza race, between 14 and 18 years; they attend secondary school according to their age, and a significant percentage are in inferior courses eighth of basic; almost all are single, followed by those who live in free union and a minimum percentage are married. In the cases of adolescents with induced hypertension by pregnancy, they were classified as Gestational Hypertension, Preeclampsia, Severe Preeclampsia, Eclampsia and Hellp Syndrome. Most of them are primigravidae, which leads to a risk of morbidity and mortality due to their early age and lack of knowledge; therefore, it is recommended that the Ministry of Public Health and the Ministry of Education and Culture continue to work interinstitutionally to provide adequate training in sexual and reproductive education to adolescents and parents, so that with effort and dedication they can have an effective communication with their children and thus be able to avoid serious complications in the health of the adolescents

Keywords: Adolescents, Pregnancy, Hypertension, Complications, Maternal fetal morbimortality.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Karla Lizeth Ramos Marroquín", is written over the right side of the official seal.