



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS EN LA
MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS**

AUTORES:

**MINDIOLA CASTRO, JULY PAOLA
SUÁREZ QUIMIS, MARIA ALICIA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TUTOR:

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

A los 05 del mes de marzo del año 2018



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciatura en Enfermería**.

TUTOR:

Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2018



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús”, previo a la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2018

AUTORES:

Mindiola Castro July Paola

María Alicia Suárez Quimis



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2018

AUTORES:

Mindiola Castro July Paola

María Alicia Suárez Quimis

REPORTE URKUND

URKUND

Documento: REVISION PARA URKUND.docx (D36427747)
Presentado: 2018-03-12 18:48 (-05:00)
Presentado por: marilizali29@gmail.com
Recibido: olga.munoz.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje: Tesis Mindiola Suarez [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 33 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
	http://www.avantmed.net/download/PROTOCOLOS-MATerno-NEONATAL/PROTOCOLOS-CO...
	TRABAJO DE TITULACION DE BLANCA Y ADRIANA.doc
	http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400004

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

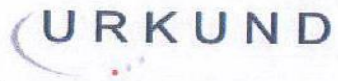
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2017

65%	# 1 Activo	Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TRABAJO DE TITULACI... 65%
Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA		Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
TUTOR: Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.		TUTOR: Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.
Guayaquil, Ecuador 2018		Guayaquil, Ecuador
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL		05 de marzo del 2018
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA		FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA
CERTIFICACIÓN		CERTIFICACIÓN
Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis como requerimiento para la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería.		Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Jordán Figueroa Blanca Johanna y Freire Yagual Adriana Lourdes como requerimiento para la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: REVISION PARA URKUND.docx (D36427747)
Submitted: 3/13/2018 12:48:00 AM
Submitted By: marilizali29@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

A handwritten signature in blue ink, enclosed within a hand-drawn oval. The signature is cursive and appears to read "Marilizali". A long, thin line extends from the top right of the oval towards the upper right corner of the page.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2017

AUTORES: MINDIOLA CASTRO, JULY PAOLA SUAREZ QUIMIS, MARIA ALICIA

Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TUTOR: Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.

Guayaquil, Ecuador 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis como requerimiento para la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería.

TUTOR:

_____ Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

_____ Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilda, Mgs.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, "Prevalencia

de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús de mayo a septiembre del 2017",

previo a la obtención del Título de Licenciatura en Enfermería, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2018

AUTORES:

_____ Mindiola Castro July Paola María Alicia Suárez
Quimis

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Mindiola Castro July Paola y María Alicia Suárez Quimis

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "Prevalencia

de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús de mayo a septiembre del 2017",

cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 del mes de marzo del año 2018

AUTORES:

_____ Mindiola Castro July Paola María Alicia Suárez
Quimis

REPORTE URKUND

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis nos gustaría agradecerle a Dios en primer lugar por bendecirnos, porque nos ha hecho realidad nuestro sueño tan anhelado. Así como un inmenso agradecimiento a nuestros padres y familiares porque nos han brindado su apoyo

incondicional tanto moral, emocional así como económico. Para poder seguir nuestros estudios y llegar a lograr nuestro mayor objetivo que nos trazamos para tener un mejor futuro y ser el orgullo para ellos y nuestras familias.

A la Universidad Católica De Santiago de Guayaquil. Cuna de ciencia, conocimientos y técnicas que hasta ahora han sabido formar Enfermeras(os) profesionales enfocadas en la ética y humanismo al momento de brindar cuidados directos.

De igual manera a nuestros maestros formadores, que siempre hicieron énfasis en que el mejor profesional es aquel que brinda un servicio, con calidad y calidez, y que trata a sus pacientes como si se tratara de un familiar. Sin olvidar a nuestro tutor el Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs. Por su apoyo incondicional durante el desarrollo del presente trabajo de titulación. Ya que sin su colaboración no habría sido posible perfeccionar nuestro trabajo.

Mindiola Castro July Paola María Alicia Suárez Quimis

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DEDICATORIA Este trabajo de titulación está dedicado a nuestro esfuerzo y dedicación ya que esto significa el cierre de un ciclo que ha estado lleno de emociones y aventuras que nos han formado y enriquecido como personas, y quisiera mencionar a quienes han sido parte importante para alcanzar este logro:

Como lo son nuestros padres, quienes nos han inculcado la importancia del valor de las cosas y que el esfuerzo no tiene límites cuando te propones alcanzar un sueño. Para ellos, todo nuestro agradecimiento por creer en nosotras. Y a nuestro pilar fundamental como es nuestras madres ya que ellas son el mejor ejemplo de esfuerzo y dedicación.

A nuestros familiares esposos e hijos por su apoyo incondicional ya que ellos fueron son y serán nuestra inspiración y fuente de superación. Para todos ellos está dedicado este trabajo que es la culminación de nuestro esfuerzo en conseguir el premio a la dedicación y al sacrificio el título como enfermera profesional.

Mindiola Castro July Paola María Alicia Suárez Quimis

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

_____ DR. OVIEDO PILATAXI, LUIS ALBERTO, MGS. TUTOR

_____ LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA, MGS. DIRECTORA DE CARRERA



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis nos gustaría agradecerle a Dios en primer lugar por bendecirnos, porque nos ha hecho realidad nuestro sueño tan anhelado. Así como un inmenso agradecimiento a nuestros padres y familiares porque nos han brindado su apoyo incondicional tanto moral, emocional así como económico. Para poder seguir nuestros estudios y llegar a lograr nuestro mayor objetivo que nos trazamos para tener un mejor futuro y ser el orgullo para ellos y nuestras familias.

A la Universidad Católica De Santiago de Guayaquil. Cuna de ciencia, conocimientos y técnicas que hasta ahora han sabido formar Enfermeras(os) profesionales enfocadas en la ética y humanismo al momento de brindar cuidados directos.

De igual manera a nuestros maestros formadores, que siempre hicieron énfasis en que el mejor profesional es aquel que brinda un servicio, con calidad y calidez, y que trata a sus pacientes como si se tratara de un familiar. Sin olvidar a nuestro tutor el Dr. **Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.** Por su apoyo incondicional durante el desarrollo del presente trabajo de titulación. Ya que sin su colaboración no habría sido posible perfeccionar nuestro trabajo.

Mindiola Castro July Paola

María Alicia Suárez Quimis



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado a nuestro esfuerzo y dedicación ya que esto significa el cierre de un ciclo que ha estado lleno de emociones y aventuras que nos han formado y enriquecido como personas, y quisiera mencionar a quienes han sido parte importante para alcanzar este logro:

Como lo son nuestros padres, quienes nos han inculcado la importancia del valor de las cosas y que el esfuerzo no tiene límites cuando te propones alcanzar un sueño. Para ellos, todo nuestro agradecimiento por creer en nosotras. Y a nuestro pilar fundamental como es nuestras madres ya que ellas son el mejor ejemplo de esfuerzo y dedicación.

A nuestros familiares esposos e hijos por su apoyo incondicional ya que ellos fueron son y serán nuestra inspiración y fuente de superación. Para todos ellos está dedicado este trabajo que es la culminación de nuestro esfuerzo en conseguir el premio a la dedicación y al sacrificio el título como enfermera profesional.

Mindiola Castro July Paola

María Alicia Suárez Quimis



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. OVIEDO PILATAXI, LUIS ALBERTO, MGS.
TUTOR

LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

LCDA. HOLGUIN JIMENEZ, MARTHA LORENA, MGS.
COORDINADORA DE LA U.T.E.

LCDA. MUÑOZ ROCA, OLGA ARGENTINA, MGS.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
CALIFICACIÓN	IX
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
1.4. OBJETIVOS	9
1.4.1. OBJETIVOS GENERAL:	9
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	9
CAPÍTULO II	10
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	10
2.1.1. MARCO REFERENCIAL (ESTUDIOS ANTERIORES DEL PROBLEMA)	10
2.1.2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	13
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA DURANTE EL EMBARAZO:	13
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	15
PREECLAMPSIA SOBREGREDADA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	17
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	18
SÍNDROME DE HELLP	19
Clasificación de la tensión arterial del JNC 8 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure)	20
2.2. COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA	20
FACTORES ASOCIADOS	20
COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA Y/OTROMBÓTICA EN EL EMBARAZO	21
CAMBIOS EN EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN DURANTE EL EMBARAZO	22
2.3. FACTORES DE RIESGO EN LA HIPERTENSIÓN	23

INDUCIDA POR EL EMBARAZO	23
2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	27
CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR	27
CAPÍTULO III	29
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.1. TIPO DE ESTUDIO.....	29
3.1.2 POBLACIÓN	29
3.1.3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: ...	29
3.1.4. TÉCNICAS	29
INSTRUMENTO.....	29
VARIABLES GENERALES Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
Bibliografía.....	50
GLOSARIO	53
MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA	56

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico N 1 EDAD	35
Grafico N 2 ESTADO CIVIL	36
Grafico N 3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	37
Grafico N 4 NIVEL SOCIOECONOMICO	38
Grafico N 5 ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES	39
Grafico N 6 ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	40
Grafico N 7 MANIFESTACIONES CLINICAS	41
Grafico N 8 TIPOS DE HIPERTENCIÓN	42
Grafico N 9 COMPLICACIONES	43

RESUMEN

El embarazo de adolescente es uno de los problemas más crecientes en todo el mundo por más que se realicen programas o se eduque a la juventud sobre la sexualidad. Nada detiene el embarazo en adolescentes, y con ello se incrementa el riesgo de los problemas del embarazo como lo es la preeclampsia la eclampsia que son los trastornos hipertensivos más preocupantes del embarazo. Que constituye una de las más importantes en la muerte materna y perinatal en el Ecuador y en la mayoría de los países latinoamericanos. Este trabajo de investigación tiene como **objetivo principal** saber que, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Según el Ministerio de Salud Pública se debe de realizar es un buen manejo y cumplimiento de normas de Enfermería de salud pública. Se empleó una investigación Retrospectivo – Descriptivo porque se hará la revisión de los expedientes clínicos de aquellas adolescentes embarazadas con hipertensión atendidas en el periodo de “Mayo a Septiembre del 2017”. **El universo** fue de 104 pacientes adolescentes embarazadas hipertensas. **En conclusión** podemos manifestar que la frecuencia de la hipertensión de la preeclampsia y la eclampsia se da con mayor frecuencia en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años. Se puede decir que son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

Palabras Claves: Prevalencia, hipertensión, adolescentes, embarazadas

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is one of the most growing problems in the world, regardless of whether programs are carried out or young people are educated about sexuality. Nothing stops pregnancy in adolescents, and with it increases the risk of pregnancy problems such as preeclampsia and eclampsia which are the most worrying hypertensive disorders of pregnancy. Which is one of the most important in maternal and perinatal death in Ecuador and in most Latin American countries. This research work has as main objective to know that adolescents are at higher risk of complications and death as a result of pregnancy, specialized care before, during and after delivery can save the lives of pregnant women and newborns. According to the Ministry of Public Health, it is necessary to carry out a good management and compliance with public health nursing regulations. A Retrospective - Descriptive research will be used because the clinical records of those pregnant adolescents with hypertension attended in the period "May to September 2017" will be reviewed. The universe will be 104 hypertensive pregnant adolescent patients. In conclusion, we can state that the frequency of hypertension of preeclampsia and eclampsia occurs more frequently in pregnant adolescents aged 12 to 19 years. It can be said that they are primitive (from 73% to 93%). However, 60% of primigravid adolescents become pregnant within the next 2 years.

Key words: Prevalence, hypertension, adolescents, pregnancy

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los trastornos hipertensivos en el embarazo, son una de las complicaciones habituales y responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe.

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En el Ecuador según el ministerio de Salud Pública los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad reportada por egresos hospitalarios y ésta se ubica también entre las principales causas de mortalidad materna, en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años (20%). La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina (100 nacimientos por cada mil mujeres).

Teniendo en cuenta que una de las poblaciones etarias más afectadas de esta problemática tiene lugar durante la adolescencia el Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%. La hipertensión aparece por primera vez durante la gestación a partir de las 20 semanas, en el trabajo de parto o el puerperio y en la que la presión se normaliza después de terminar la gestación.

Durante la gestación normal, la presión arterial se reduce; hay un descenso de la presión arterial diastólica de 7-10 mmHg en el primer trimestre, con

pocos cambios de la presión arterial sistólica. Es frecuente que los embarazos en adolescentes se presenten como un evento no deseado o no planificado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.

Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento”. En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas han sido asociadas con las complicaciones derivadas de los trastornos hipertensivos gestacionales; preeclampsia y eclampsia destacan como principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Estas muertes, en su mayoría, son evitables mediante la prestación de atención oportuna y eficaz a las mujeres que presentan esta complicación. Aunque no se ha determinado exactamente cuál es la incidencia de la eclampsia en embarazadas en los países en desarrollo, se estima que es de un caso por cada 100 a 1700 mujeres; y de uno o dos casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa. Las mujeres con preeclampsia que viven en lugares de escasos recursos tienen mayor riesgo de desarrollar eclampsia y de morir por esta causa.

Para mejor comprensión del estudio, cuenta con las siguientes partes:

Capítulo I: Planteamiento del problema, Preguntas de investigación, Objetivos, Justificación, Diseño metodológico.

Capitulo II: Fundamentación Conceptual y Fundamentación Legal, variables Generales y Operalización de variables.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo de investigación a realizarse se relaciona con la línea de investigación de enfermería en salud pública. Las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. Se han identificados factores de riesgo que pueden influir en el inicio de estos trastornos como: edad materna, paridad, antecedentes patológicos personales y antecedentes patológicos familiares hipertensivos y raza.

El diagnóstico de hipertensión (HTA) durante el embarazo se establece por el hallazgo, en dos ocasiones, de cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg o también cuando se comprueba un incremento mayor de 30 mmHg de la presión arterial sistólica y/o mayor de 15 mmHg de la presión arterial diastólica con respecto a los valores previos al embarazo. La hipertensión arterial en el embarazo adolescente puede presentar signos y síntomas que pone en riesgo la vida de la paciente, es una patología que se manifiesta con más frecuencia.

Los embarazos en adolescentes son de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de educación sexual que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para su bebe y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. Los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Los trastornos hipertensivos del embarazo aún siguen siendo responsables de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal. 25-26 La preeclampsia es

frecuente con una prevalencia estimada en un 2,3% de todos los embarazos en los países en vías de desarrollo. De los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia es la forma más común. La tasa de preeclampsia varía entre un 5% y un 10% en los países desarrollados, pero esta cifra podría elevarse hasta alcanzar un 18% en algunos países en vías de desarrollo.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de acuerdo al tipo de hipertensión arterial?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años con hipertensión arterial?

¿Cuáles son los factores de riesgo en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años con hipertensión arterial?

¿Cuál es la clasificación de los estadios de la hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años?

¿Cuáles son las manifestaciones que presentaron las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años con hipertensión arterial?

¿Cuáles son las complicaciones que presentaron las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se va realizar esta investigación es porque en la actualidad muchas adolescentes quedan embarazadas y no llevan un control prenatal adecuado debido al temor de ser descubiertas por sus padres, el nivel socioeconómico, y la falta de conocimiento de los riesgos. Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en muchachas a una edad cuando aún no son adultas y cuando desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad.

En EE.UU., de un millón de embarazos entre adolescentes cada año aproximadamente medio millón dan como resultado niños expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, e igualmente ocurre con la madre. Hay evidencia científica suficiente que demuestra los beneficios de un adecuado control prenatal, ejercido por personal entrenado para el abordaje integral de la adolescente embarazada, su pareja y sus familiares. Pero para ello, la adolescente tiene que iniciar temprano ese control. Mediante esta atención es posible corregir oportunamente todos aquellos factores que pueden causar problemas tanto en la madre como en el niño: desnutrición, infecciones,

aumento de la presión arterial a causa del embarazo, partos de pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino, enfermedades preexistentes.

Además de factores sociales y culturales que inciden sobre la adolescente y que no se deben a la adolescencia de la embarazada, incluyendo la accesibilidad y calidad de los servicios de salud. El problema es que la mayoría de las adolescentes embarazadas llega al primer control ya entrada la segunda mitad de su embarazo. El riesgo biológico no provendría de su físico, sino de su comportamiento, propio de una adolescente. Este comportamiento, ¿obedece a un capricho? La respuesta es NO. El embarazo sorprende a la mayoría de las adolescentes. Es algo que ni ellas ni sus parejas esperaban, aunque tuvieron relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos.

El descubrir que están embarazadas, el temor a las reacciones que esto generará en muchas de sus familias, el aceptar la idea y pensar en diferentes estrategias para enfrentar la situación; las lleva a preocuparse mucho más por todo esto, sin quedar espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios tampoco tienen muy claros. En ocasiones quedan como paralizadas y esperan una especie de solución mágica que llegue desde afuera, sin su intervención. Muchas, temiendo que su familia les imponga abortar, o perder su precario trabajo o su lugar en la escuela, esperan a que el embarazo sea lo suficientemente avanzado para comunicarlo. Todo lo cual constituye importantes razones para no concurrir tempranamente al centro de salud para su control prenatal.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVOS GENERAL:

- ✓ Determinar la prevalencia de la hipertensión arterial en adolescentes embarazada de 12 a 19 años.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Caracterizar los datos sociodemográficos de las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años con hipertensión arterial.
- ✓ Indicar los factores de riesgo que presentaron las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años con hipertensión arterial
- ✓ Establecer las manifestaciones que presentaron las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años con hipertensión arterial.
- ✓ Clasificar los estadios de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años.
- ✓ Describir las complicaciones que presentaron las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. MARCO REFERENCIAL (ESTUDIOS ANTERIORES DEL PROBLEMA)

Entre los datos obtenidos de nuestro trabajo de investigación, podemos hacer una comparación con otras investigaciones realizadas. Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada.⁵⁻¹³ La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. (1)

En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud de Profamilia 2005, los menores de 18 años corresponde al 36.3 % de total del país, en 2010 una de c/cinco adolescentes de 15 a 19 años (20%), era madre (16%) o estaba embarazada (4%); las cifras más altas se registraron en Córdoba, Caquetá y Casanare, con 40, 12 y 11 casos respectivamente. El último reporte de Estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) luego de hacer un estudio en 14 municipios, permitió arrojar que Córdoba es el sexto departamento con el mayor número de nacidos de adolescentes. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reportó que entre enero y agosto de 2012 se presentaron 1.125 casos de menores de 18 años embarazadas de ellas 144 (12,8%) entre 10 y 14 años. (2)

Entonces podríamos concluir diciendo que se debe de enfocar en problema con un notable crecimiento de índole social. Que no solo se da en nuestro país si no en casi todos los países. Se ha comprobado que por más que se hable de sexualidad. Y se trate de educar a los adolescentes. No se ha

encontrado manera de que disminuya este crecimiento de adolescentes embarazadas. Es necesario concientizar a la sociedad y a la juventud que el estar en estado de gestación implica muchos riesgos. A nivel mundial, los trastornos hipertensivos en el embarazo, son una de las complicaciones habituales y responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo.

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En el Ecuador según el ministerio de Salud Pública los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad reportada por egresos hospitalarios y ésta se ubica también entre las principales causas de mortalidad materna, es así que en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años (20%). La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina (100 nacimientos por cada mil mujeres).

El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%.

Pero estos porcentajes pueden disminuir, con la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Es así que se tiene que tener claros la determinación de los valores de presión arterial, que nos indique que ya hay un problema y así poder determinar la PAD. Al evaluar a la paciente gestante en que se conoce o plantea hipertensión arterial crónica debemos considerar:

- Antecedentes familiares: fundamentalmente de hipertensión arterial esencial o secundaria.
- Antecedentes personales: de controles de cifras tensionales y comorbilidad.
- Repercusiones sobre órgano blanco.
- Cifras de presión arterial en los controles obstétricos de la gestación actual y antecedentes obstétricos.
- Evolución durante la gestación y luego de ella.
- Presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica > 90 mm Hg en una mujer previamente normotensa, después de la semana 20 de gestación. Su verificación requiere por lo menos dos tomas con diferencia de seis horas entre cada una, con la paciente en reposo y en un lapso no mayor de siete días.
- Proteinuria ≥ 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o ≥ 30 mg/dL en dos muestras de orina tomadas al azar, con diferencia de seis horas entre cada una, en un lapso no mayor de siete días.
- Sin evidencia de compromiso multisistémico o de vasoespasmos persistentes.

Para eso se debe de informar he insistir en que se debe de tratar en lo posible cambiar el estilo de vida. Incursionando en la vida de cada adolescente embarazada, una dieta rica en vegetales fibras y frutas, y tratar de dejar el sedentarismo. Para así mejorar el estado de salud y que puedan tener un feliz embarazo y un feliz término.

2.1.2. MARCO CONCEPTUAL.

Se define como Hipertensión, la tensión arterial igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas en el transcurso de una semana, la hipertensión durante el embarazo puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto. Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno,

probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica. (3)

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal. La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia. Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. (3)

2.1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Actualmente se acepta como base de clasificación la correspondiente a la última reunión del National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy del año 2000. El grupo de trabajo estuvo integrado por múltiples organizaciones científicas y gubernamentales de Estados Unidos, con expertos de la talla de Lindheimer, Sibai, Green y Cunningham. Esta reunión tuvo la importancia de definir cuestiones tan importantes como el excluir los edemas de los criterios diagnósticos de la preeclampsia, o tan básicas como la forma de tomar la presión considerando la fase 5 de Korotkoff (K5) y no la 4 como se hacía antes en forma controversial para la presión arterial diastólica (PAD). Esta clasificación de los EHE supone cuatro categorías básicas: hipertensión arterial crónica, preeclampsia-eclampsia, preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica e hipertensión gestacional. (4)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA DURANTE EL EMBARAZO:

Se le considera a la tensión arterial de 140/90 mm de Hg o mayor antes del embarazo o de la semana 20 de gestación. La HTA diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica

también como hipertensión arterial crónica. (5) La hipertensión arterial crónica produce lesión vascular por diferentes mecanismos, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia. (6)

El diagnóstico de hipertensión arterial crónica puede ser previo a la gestación o realizarse en el control obstétrico; en este último caso se requiere PAS 140 mmHg y/o PAD 90 mmHg en al menos dos oportunidades separadas por más de 4-6 horas previo a las 20 semanas de edad gestacional y que persista luego de las 12 semanas de finalizado el embarazo. (4)

Para la determinación de los valores de presión arterial, la paciente debe encontrarse sentada, en reposo por 10 minutos, y con el brazo a la altura del corazón, utilizando un manguito apropiado y considerando la fase 5 de Korotkoff (desaparición de los ruidos) para determinar la PAD. Al evaluar a la paciente gestante en que se conoce o plantea hipertensión arterial crónica debemos considerar:

- Antecedentes familiares: fundamentalmente de hipertensión arterial esencial o secundaria.
- Antecedentes personales: de controles de cifras tensionales y comorbilidad.
- Repercusiones sobre órgano blanco.

- Cifras de presión arterial en los controles obstétricos de la gestación actual y antecedentes obstétricos.
- Evolución durante la gestación y luego de ella.

Teniendo en cuenta estos aspectos, el diagnóstico de hipertensión arterial crónica durante la gestación y su distinción respecto a otros EHE, puede ser muy sencillo (paciente con diagnóstico previo que recibe medicación antihipertensiva), complejo (embarazo de captación tardía, sin antecedentes conocidos, con cifras tensionales elevadas y proteinuria negativa), o incluso imposible (paciente portadora de nefropatía proteinúrica e hipertensión arterial crónica que consulta en el tercer trimestre con cifras tensionales elevadas y proteinuria significativa). (4)

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de causa multifactorial que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. Se clasifica como leve o severa conforme el nivel de hipertensión y proteinuria y el compromiso multisistémico. Los criterios para determinar la preeclampsia leve son los siguientes: (7)

- Presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica > 90 mm Hg en una mujer previamente normotensa, después de la semana 20 de gestación. Su verificación requiere por lo menos dos tomas con diferencia de seis horas entre cada una, con la paciente en reposo y en un lapso no mayor de siete días.
- Proteinuria ≥ 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o ≥ 30 mg/dL en dos muestras de orina tomadas al azar, con diferencia de seis horas entre cada una, en un lapso no mayor de siete días.
- Sin evidencia de compromiso multisistémico o de vasoespasmo persistente.

Para considerar el diagnóstico de preeclampsia severa es necesaria la presencia de uno o más de los siguientes criterios: (7)

- Tensión arterial ≥ 160 o 110 mm Hg en, por lo menos, dos tomas con un mínimo de diferencia de seis horas entre cada una.
- Proteinuria ≥ 2 g en orina de 24 horas.
- Oliguria: diuresis < 500 mL en 24 horas.
- Creatinina sérica ≥ 1.2 mg/dL.
- Trastornos cerebrales severos persistentes o alteraciones visuales.
- Edema agudo pulmonar.
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen.
- Disfunción hepática (aspartato aminotransferasa ≥ 70 UI/L).
- Trombocitopenia ($< 100\ 000$ mm³).
- Coagulación intravascular diseminada.
- Cianosis.

- Restricción del crecimiento intrauterino debido a insuficiencia uteroplacentaria.

Los sistemas maternos más susceptibles al daño endotelial son el sistema nervioso central, los pulmones, el hígado, el riñón, la coagulación y el corazón, sin embargo, la placenta y el feto también están en riesgo. Entre más órganos involucrados, mayor el riesgo de morbilidad materna y perinatal. (7)

De los síntomas clínicos en preeclampsia que se asocian con mayor riesgo materno destacan la cefalea persistente, las alteraciones en la visión, las náuseas, los vómitos, la epigastralgia y el dolor en el cuadrante superior derecho de abdomen. Dichos síntomas evidencian la severidad del padecimiento y la necesidad de una pronta atención médica, ya que se asocian con complicaciones graves como eclampsia o síndrome de HELLP. (7)

Entre las principales complicaciones maternas de la preeclampsia severa se encuentran el síndrome de HELLP (de 10 a 20 %), la coagulación intravascular diseminada (10 %), el edema agudo pulmonar cardiogénico (de 2 a 5 %), la insuficiencia renal aguda (de 1 a 5 %), el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (de 1 a 4 %), la insuficiencia hepática o la hemorragia (< 1 %), la eclampsia (< 1 %), el accidente vascular cerebral, el edema cerebral y la insuficiencia cardíaca. (7)

Las tres principales causas de muerte materna en preeclampsia son la hemorragia cerebral (46 %), seguida del síndrome de HELLP (12 %) y la coagulación intravascular diseminada (10 %). (7)

La eclampsia, que ocurre en 1 a 2 % de los casos de preeclampsia severa, se define como el desarrollo de convulsiones en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia, en ausencia de otras causas. La ceguera cortical y algunos casos de eclampsia pueden originarse a partir del síndrome de leucoencefalopatía reversible posterior, enfermedad cerebral aguda debida a edema vasogénico secundario a pérdida de la autorregulación de la circulación cerebral posterior, que, a su vez, es ocasionada por el daño endotelial y por una menor inervación en dicha área, lo que le impide responder adecuadamente al incremento de la presión arterial. (7)

PREECLAMPSIA SOBREGREGADA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

Predecir, diagnosticar y prevenir la preeclampsia-eclampsia no es sencillo en las pacientes embarazadas portadoras de hipertensión arterial crónica. El clínico que asiste a una embarazada con hipertensión arterial crónica debe saber que esta condición (como otras) aumenta varias veces el riesgo de preeclampsia. Las condiciones clínicas que más aumentan el riesgo de preeclampsia-eclampsia son el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, la hipertensión arterial crónica, la preeclampsia previa, la diabetes y las nefropatías previas. (4)

Se han buscado extensamente marcadores clínicos y paraclínicos que permitan predecir que pacientes hipertensas presentarán preeclampsia. Hay trabajos que demuestran que algunas condiciones, como haber presentado preeclampsia previa, la duración de la hipertensión arterial, los valores de PAD, la edad materna > 40 años, embarazo múltiple y el índice de masa corporal aumentan la probabilidad de preeclampsia. (4)

Asimismo se han estudiado múltiples marcadores como la uricemia, la actividad de la renina plasmática, el ecodoppler feto-placentario, la tirosinquinasa 1, el MAPA y la endoglobina, entre otros. Sin embargo, no existen síntomas, signos o estudios paraclínicos que solos o combinados tengan la suficiente sensibilidad y especificidad para ser empleados como predictores de preeclampsia en la actualidad. (4)

El diagnóstico de preeclampsia-eclampsia sobregregada en las pacientes hipertensas crónicas es particularmente difícil y requiere un alto índice de sospecha clínica para realizarlo precozmente. (4)

Los elementos que llevan a plantear el diagnóstico son:

- Aumento brusco de los valores de presión arterial.
- Aparición de proteinuria significativa (0,3g/24 horas) o aumento marcado o brusco de los valores de proteinuria si ya estaba presente en la primera mitad del embarazo.

- Plaquetopenia o alteración de los valores de enzimas hepáticas sin otra causa que lo explique.

Existen síntomas sugestivos de preeclampsia-eclampsia: cefalea intensa, visión borrosa o escotomas centellantes, vómitos, dolor persistente en epigastrio y/o hipocondrio derecho. Es de importancia que los médicos que asisten a pacientes embarazadas y pacientes con alto riesgo de preeclampsia-eclampsia estén alertas frente a su aparición y realizar una valoración exhaustiva en caso de presentarse los mismos antes de descartar la preeclampsia-eclampsia como causa. Sin embargo, el diagnóstico puede ser particularmente dificultoso en este contexto y se deberá interpretar cuidadosamente la clínica y la paraclínica en cada caso concreto. (4)

Múltiples intervenciones en el nivel de actividad física, alimentación y suplementos vitamínicos, así como medicamentos, han sido valorados para disminuir el riesgo de preeclampsia-eclampsia en pacientes de alto riesgo. Actualmente se ha podido demostrar que las pacientes con alto riesgo se benefician de intervenciones preventivas que deben iniciarse precozmente en el embarazo; estas son la administración de dosis bajas de ácido acetilsalicílico y de suplementos de calcio para aquellas pacientes con baja ingesta dietética. (4)

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Se define como la hipertensión arterial (PAS 140mmHg y/o PAD 90 mmHg) que se presenta luego de las 20 semanas de gestación y que no asocia proteinuria significativa. Se debe tener en cuenta que la hipertensión gestacional siempre es un diagnóstico provisorio. Si aparece proteinuria significativa estaremos en presencia de una preeclampsia, si la hipertensión arterial persiste más allá de las 12 semanas del parto, será una hipertensión crónica que había quedado oculta por la caída de las resistencias del embarazo, y si desaparece en el puerperio se tratará de una hipertensión transitoria. (4)

La hipertensión gestacional obliga a la estrecha vigilancia porque entre 15% y 25% evolucionarán a preeclampsia. Sabiendo, además, que cuanto más

precoz sea la aparición de la hipertensión gestacional, mayor será el riesgo de evolucionar a preeclampsia. (4)

SÍNDROME DE HELLP

El síndrome de Hellp es una de las complicaciones más temidas en los estados hipertensivos del embarazo tipo preeclampsia / eclampsia. El acrónimo HELLP que se utiliza para nombrar esta entidad nosológica, significa por sus siglas en inglés H (hemolysis); EL (Elevated Liver Enzimes); LP (Low Platelet Count) y fue propuesto por Weinstein en 1982 a pesar que ya otros autores habían descrito tales alteraciones. (8)

El Síndrome HELLP es una circunstancia rara, que acarrea riesgo para la vida, y que ocurre entre 0,2% a 0,6% de las gestaciones; algunas gestantes desarrollan solo una o dos de las características del Síndrome. (9)

La mayoría de las ocurrencias del Síndrome HELLP se produce en el tercer trimestre, aunque esta condición a veces se da en el segundo trimestre o en la semana siguiente al parto. La clasificación de Tenesse define dos formas clínicas del Síndrome HELLP: completa y parcial. Tedesco clasifica a partir de la variación plaquetaria en grados I, II y III; los criterios utilizados para el diagnóstico y clasificación del Síndrome Hellp están descritos en la tabla siguiente. (9)

Tabla 1: Criterios de Forma y Clasificación del Síndrome HELLP

Forma	Clase	Criterios
Completa	I	Plaquetas menos de 50.000 mm ³
	II	Plaquetas entre 50.000 e 100.000 mm ³ AST ≥ 70UI/l LDH ≥ 600UI/l Bilirrubina ≥ 1,2mg/dl
Parcial	III	Pre-eclampsia grave + ausencia de hemolisis (ELLP); elevación de los marcadores hepáticos (EL). Plaquetas entre 100.000 mm ³ e 150.000 mm ³

Fuente: adaptado de Montenegro e Rezende Filho, 2008⁽⁶⁾, Tedesco, 1999⁽⁷⁾.

Clasificación de la tensión arterial del JNC 8 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure)

Grado de presión arterial	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	< 120	< 80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión grado I	140-159	90-99
Hipertensión grado II	≥ 160	≥ 100
Hipertensión arterial sistólica	> 140	< 90

2.2. COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

La coagulación intravascular diseminada (CID) consiste en la generación excesiva y anormal de trombina y fibrina en la sangre circulante. Durante el proceso, hay aumento de la agregación plaquetaria y del consumo de factores de coagulación. La CID que evoluciona lentamente (en semanas o meses) tiene manifestaciones trombóticas y embólicas venosas, mientras que la CID que evoluciona rápidamente (en horas o días) causa sobre todo hemorragia. La CID grave de rápida evolución se diagnostica confirmando la trombocitopenia, el aumento del TTP y el TP, el incremento de los niveles plasmáticos de dímero (o productos de degradación de la fibrina séricos) y niveles decrecientes de fibrinógeno plasmático. (10)

FACTORES ASOCIADOS

- Daño orgánico
- Infecciones y sepsis
- Eventos obstétricos
- Trauma
- Alteraciones vasculares
- Inmunes y tóxicos:
- Neoplasias
- Enfermedad hepática

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA Y/TROMBÓTICA EN EL EMBARAZO

En el embarazo se producen alteraciones del mecanismo hemostático que determinan condiciones particulares, las cuales propician la activación de este sistema biológico ante estímulos, que en otra situación serían adecuadamente controlados por el organismo. Desde el punto de vista clínico, esto se ha comprobado por la demostración de que la enfermedad coagulación intravascular diseminada (CID) y la trombótica son más frecuentes en las gestantes que en mujeres no embarazadas y que en los accidentes obstétricos la CID es una complicación común, por lo que no fue casual que la primera descripción de la CID fuera comunicada por Seegers en pacientes con complicaciones obstétrica. (11)

La repercusión de estos trastornos en los índices de mortalidad materna es sin dudas relevante, si se tiene en cuenta que entre el 74 y el 81 % de las muertes maternas se deben a procesos trombóticos que incluyen la CID. Existe una amplia variabilidad en la incidencia de trombosis no fatal debido a las dificultades diagnósticas de este trastorno por la limitación del uso de algunas técnicas como la venografía y los estudios con fibrinógeno marcado; no obstante, con la introducción de otros métodos diagnósticos como la pletismografía de impedancia, se ha logrado optimizar el diagnóstico de algunos eventos trombóticos en estas pacientes. Bergqvist y otros encontraron el 0,07 % de trombosis durante el embarazo. (11)

Estos mismos autores habían hallado una incidencia del 1,8 % después de la cesárea. Por otra parte, Letsky y Swiet en una revisión retrospectiva de 35 000 embarazadas, observaron que el 0,09 % de los casos presentaron trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TP). Más recientemente Douketis y otros 10 encontraron una incidencia de TVP sintomática de entre 0,018 y 0,27 por cada 100 parto. (11)

Durante mucho tiempo se afirmó que el riesgo de trombosis es mayor durante el tercer trimestre del embarazo y en el período de posparto. Sin embargo, estudios prospectivos recientes no han confirmado este criterio. Los datos antes mencionados demuestran que durante la gestación existen evidencias

de un estado de hipercoagulabilidad, por lo que el embarazo se ha incluido en el grupo de las llamadas trombofilias adquiridas. Esta indudable tendencia a la trombosis tiene múltiples causas. Además de los trastornos de la hemostasia a que nos referimos más adelante, otros factores, presentes durante el embarazo, pueden contribuir al desarrollo de eventos trombóticos, entre ellos la disminución de tono venoso con reducción del flujo sanguíneo y la obstrucción mecánica del útero grávido con la subsecuente estasis. Factores de riesgo que influyen en la aparición de complicaciones tromboembólicas durante el embarazo: (11)

- Cesárea.
- Historia de trombosis.
- Edad. - Número de partos.
- Obesidad.
- Reposo físico.
- Hipertensión arterial.
- Trombofilia congénita o adquirida.

Algunos de estos factores de riesgo como la historia previa de trombosis, obesidad, reposo prolongado, hipertensión arterial y antecedentes de trombofilia congénita y adquirida son similares a los de la población general. Recientemente ha sido encontrado un aumento de la incidencia de la mutación. (11)

CAMBIOS EN EL MECANISMO DE LA COAGULACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Se ha observado que durante el embarazo ocurre una serie de cambios en el mecanismo de la coagulación, que son:

- Aumento de fibrinógeno.
- Aumento de los factores VII, VIII, IX y von Willebrand.
- Aumento de los complejos trombina antitrombina.
- Aumento de los fragmentos 1+2 de la protrombina.
- Disminución de la proteína C.
- Disminución de la proteína S.

Entre estos cambios se observa el aumento progresivo de algunos factores de la coagulación, particularmente el fibrinógeno y los factores VII, VIII, IX y von Willebrand. Se ha demostrado que el aumento de fibrinógeno es un factor de riesgo independiente de trombosis. Por otra parte, el incremento de factor VII se ha asociado con enfermedad coronaria isquémica, y aunque no es un criterio generalizado, algunos autores coinciden en que el aumento de este factor es también un factor de riesgo independiente de trombosis. La elevación de los factores VIII y von Willebrand se ha observado en sujetos con tendencia trombótica. (11)

Actualmente se consideran como marcadores de la activación del mecanismo de la coagulación algunos complejos moleculares que se forman durante este proceso. En el embarazo se ha observado un aumento de los complejos solubles de fibrina, los complejos trombina-antitrombina (TAT), que junto con el incremento de los fragmentos 1+2 de la protrombina, expresan la existencia de activación de la coagulación. Los moduladores o inhibidores fisiológicos del mecanismo de la coagulación son de gran importancia en el desarrollo de episodios trombóticos. En el embarazo se han encontrado trastornos. (12) (13)

2.3. FACTORES DE RIESGO EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Las complicaciones del embarazo que hacen peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años son los mismos riesgos que enfrentan todas las demás mujeres: hemorragia, septicemia, hipertensión ocasionada por el embarazo, inclusive, distocia por obstáculo mecánico causado por la desproporción cefalopélvica, complicaciones del aborto en condiciones peligrosas, y anemia. Las jóvenes afrontan riesgos mayores de hipertensión, desproporción cefalopélvica, anemia y aborto peligroso que las mujeres de más edad. Estos riesgos son mayores para las jóvenes no solo por su edad, sino también porque por lo común se trata del primer parto, siempre más peligroso que el segundo, el tercero o el cuarto (14).

Los factores socioeconómicos, incluidas la pobreza, la malnutrición, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de atención prenatal o de atención

obstétrica de emergencia pueden incrementar aún más el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo de las jóvenes. Entre las jóvenes, igual que entre las mujeres de más edad, las que corren el máximo de riesgo son las mujeres pobres, que en su mayoría están desnutridas y con oportunidades mínimas de recibir atención prenatal. La hipertensión ocasionada por el embarazo no tratada puede causar insuficiencia cardíaca, resulta en la muerte de la madre y la criatura. La hipertensión se presenta más a menudo entre las mujeres que tienen su primer hijo y representa una gran proporción de defunciones maternas entre las mujeres menores de 20 años (15).

La atención prenatal adecuada puede reducir la mortalidad y las complicaciones relacionadas con el embarazo, especialmente entre las mujeres jóvenes. Pero en los países en desarrollo muchas mujeres no reciben atención prenatal y las jóvenes son las que menos probabilidad tienen de recibirla, incluso en los países desarrollados. Si se les presta atención, esto ocurre generalmente cuando el embarazo ya está adelantado. Aunque haya servicios disponibles de atención prenatal, tal vez no se concurra a ellos porque se considera que el parto es algo normal para las jóvenes y que por lo tanto no requiere atención médica (15).

Riesgos mayores para los lactantes. El embarazo antes de los 20 años también presenta riesgos al bebé de la joven. Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y de otros estudios muestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son más altas entre los bebés de madres jóvenes. Estas, especialmente las que tienen menos de 15 años, exhiben tasas más altas de trabajo de parto prematuro, aborto espontáneo, muerte prenatal y bajo peso al nacer. Para el lactante que sobrevive, el mayor riesgo de mortalidad persiste durante toda la primera infancia (14). Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. (15)

De 2000 a 2002, el 7.1 por ciento de las madres de menos de 20 años en promedio comenzó a recibir atención prenatal en una etapa avanzada o no

tuvo supervisión médica alguna, en comparación con el 3.7 por ciento correspondiente a los grupos de todas las edades. Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia y alta presión arterial. Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de 15 años. Sobre un total de 19 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual informados cada año, más de nueve millones afectan a jóvenes de 15 a 24 años (14).

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre-adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T en el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. Sin embargo un trabajo realizado el año 2000, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. (16)

Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). (43). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. (16)

El embarazo durante la adolescencia tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. Con respecto a la morbilidad materno fetal. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo

conocido para los trastornos hipertensivos. La mortalidad materna del grupo de 12-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. La anemia y el trastorno hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. (16)

Nuestro país en vías de desarrollo presenta en la actualidad un incremento en la incidencia de mujeres gestantes en edad temprana, situación generalizada en los países más desarrollados. Dentro de los distintos sistemas de definición del riesgo obstétrico, cuantificado a través de una puntuación, están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con afecciones propias de estas edades, con una evolución del embarazo más comprometida, mayor índice de morbilidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorable; derivados de los cambios que la biología impone a la madre de edades extremas. (16).

2.4. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Artículo 32.- 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 sustenten el buen vivir (17)

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión 41 programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva (17).

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque de género y generacional. En la sección cuarta acerca de mujeres embarazadas (17).

Artículo 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 educativos, 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 postparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. En el plan del buen vivir también se considera lo siguiente (17):

Título VII: Régimen del buen vivir. Capítulo primero: Inclusión y Equidad

Artículo 363.- el Estado será responsable de: Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. Y en las disposiciones Transitorias: Trigésima consta o siguiente: El fondo de solidaridad, en el plazo de trescientos sesenta días, de forma previa a su

liquidación, transformará al régimen de empresas públicas, las de régimen privado en las que sea accionista (17).

Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado de sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de auditorías, cuyos resultados servirán de base para su transformación (17).

42: El estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el fondo de solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como de los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución hasta su culminación (17)

CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se empleara una investigación: Retrospectivo – Descriptivo transversal porque se hará la revisión de los expedientes clínicos de aquellas adolescentes embarazadas con hipertensión atendidas en la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo de Mayo a Septiembre del 2017.

3.1.2 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 104 expedientes clínicos de Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años. Datos que se encontraron en el Departamento de Estadística del hospital Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil.

3.1.3. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

El procedimiento realizado para la recolección de datos fue mediante un cuestionario de observación indirecta de 9 preguntas, que tuvo como objetivo dar a conocer la prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años.

3.1.4. TÉCNICAS

Se realizó una observación indirecta para la revisión de expedientes clínicos de adolescentes embarazadas con hipertensión

INSTRUMENTO

Matriz de observación indirecta

3.1.5. TABULACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Para determinar la prevalencia utilizamos el indicador con la siguiente formula:

#total de pacientes hipertensas

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{-----}}{\text{Población}} \times 100.000$$

$$104 \times 100.000$$

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{-----}}{60} = 173,33$$

VARIABLES GENERALES Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable general: Prevalencia de Hipertensión arterial

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado	Características sociodemográficas	Edad	12-13 14-15 16-17 18-19
		Estado civil	Soltera Casada Unida Divorciada Unión libre Unión de hecho
		Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior Ninguna
		Nivel socioeconómico	Alto Medio Bajo

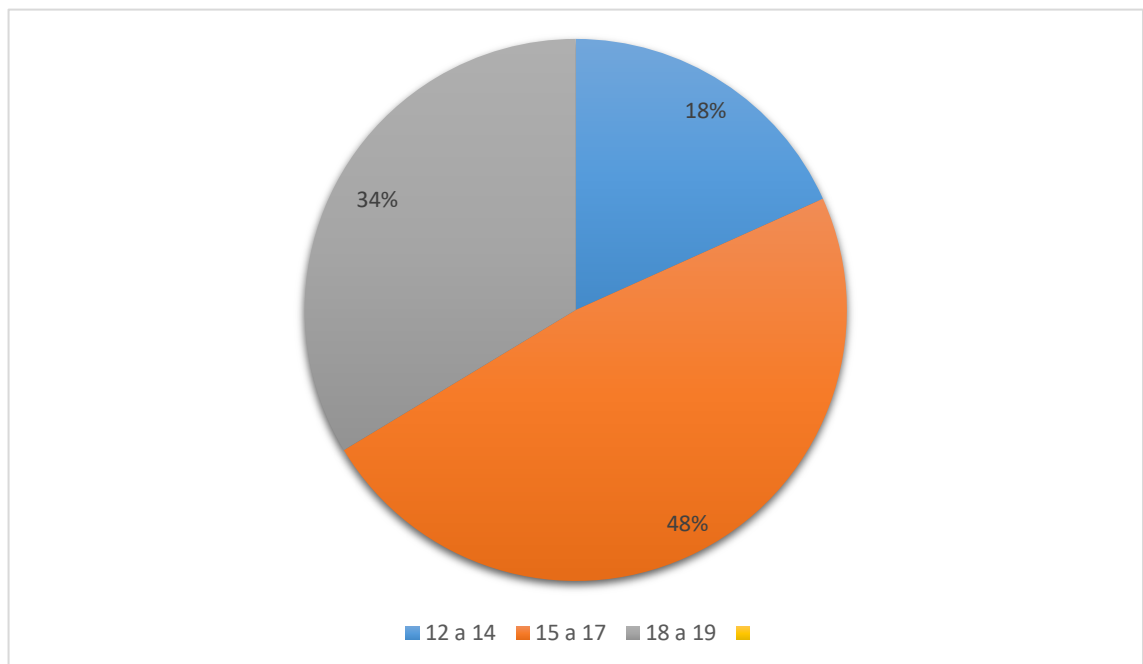
DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
	Factores de riesgo	Antecedentes familiares patológicos	Hta Diabetes Anemia Epilepsia Obesidad Otras Ninguna
		Antecedentes personales patológicos	Hta Preeclampsia-eclampsia Diabetes Cardiopatías Enfermedad renal Ninguna
	Manifestaciones Clínicas	Hta Cefalea Acufenos Proteinuria Convulsiones	Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
	Tipo de hipertensión	Hipertensión arterial crónica durante el embarazo	140/90mmhg
		Preeclampsia	>140/>90mmhg
		Preeclampsia sobre agregada a hipertensión arterial crónica	160/110mmhg
		Eclampsia	Convulsiones
		Hipertensión gestacional	140/90mmhg
		Síndrome de hellp	Hemolisis

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
	Complicaciones	RCUI Ruptura uterina Desprendimiento de placenta CID	Si – No Si – No Si – No Si – No

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Gráfico N 1 EDAD

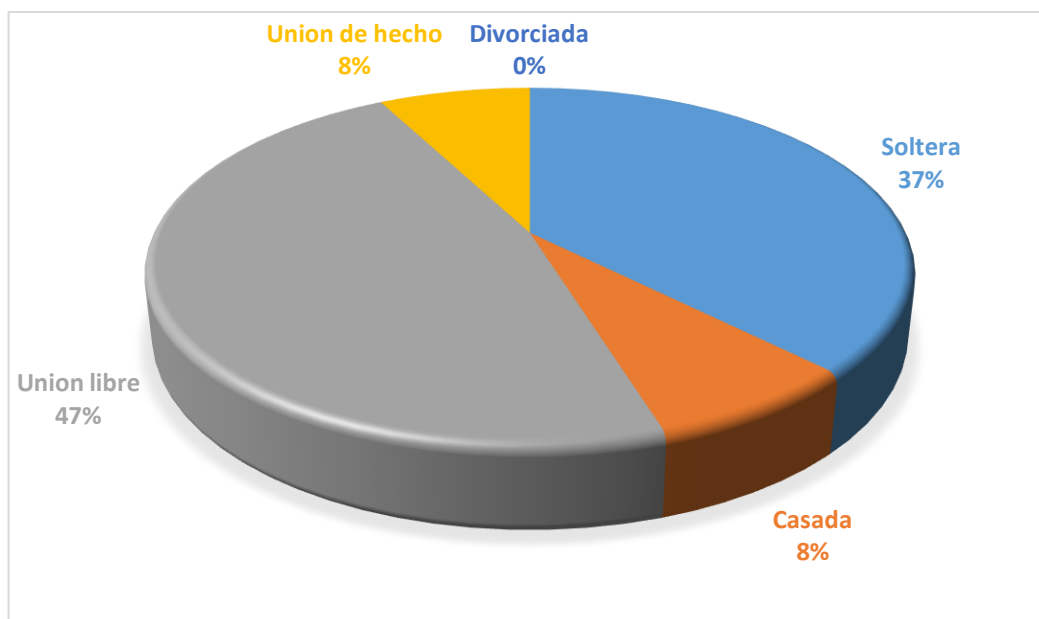


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis: Los resultados de los datos obtenidos muestran que de las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. En este gráfico damos a conocer que el 48% de adolescentes embarazadas con hipertensión arterial pero que no tienen el conocimiento adecuado de su enfermedad. Y no saben el riesgo en el que están tanto ellas y su producto ya que tenía entre 12 y 14 años, y es una edad que se está en pleno desarrollo de su cuerpo. Y no está acto para nutrir a un feto. El siguiente porcentaje es de 34%. Y en este porcentaje están las adolescentes de entre 15 y 17 años, es así que aunque aumenten su edad esta etapa es de desarrollo. El otro porcentaje es de 18% entre 18 y 19 años y es un porcentaje más bajo pero igual esta edad implica riesgos.

Gráfico N 2 ESTADO CIVIL

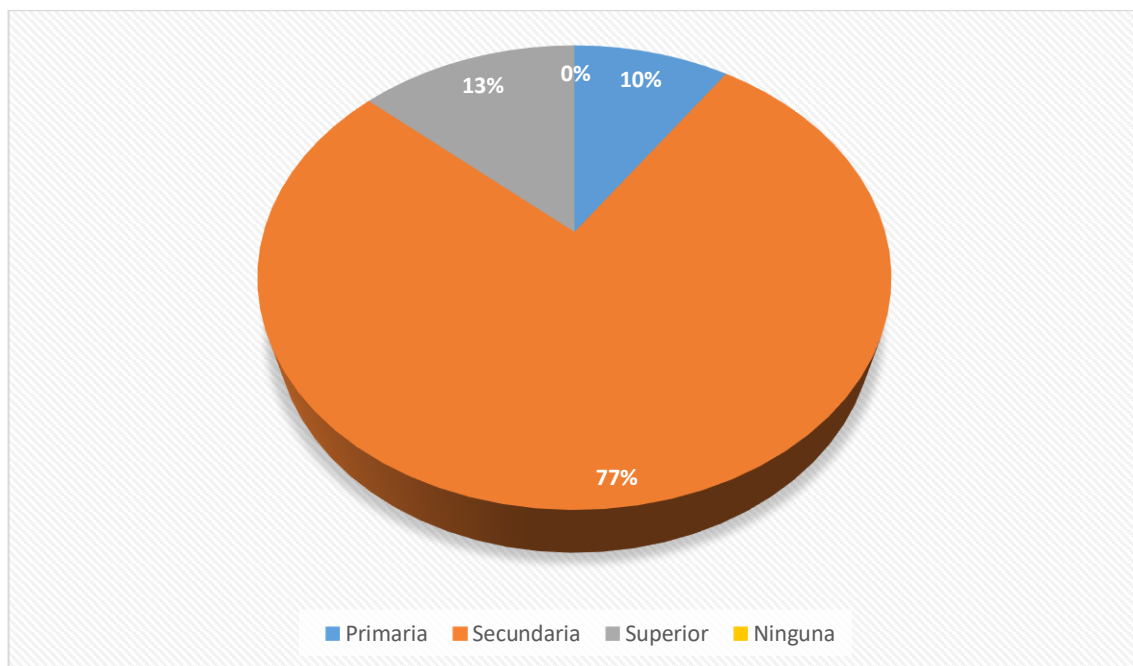


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran que las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. El 47% de adolescentes embarazadas están en unión libre, ya que por su embarazo se sienten en la necesidad o en la obligación de unirse con el padre de su hijo o el responsable de su embarazo. Un 37% de que son solteras pero que esta embarazadas pero que a pesar de esto están en sus hogares porque estudian y ya que cuentan con su apoyo de sus familiares. Un 8% de adolescentes casadas, Un 8% unión de hecho, 0% divorciadas.

Gráfico N 3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

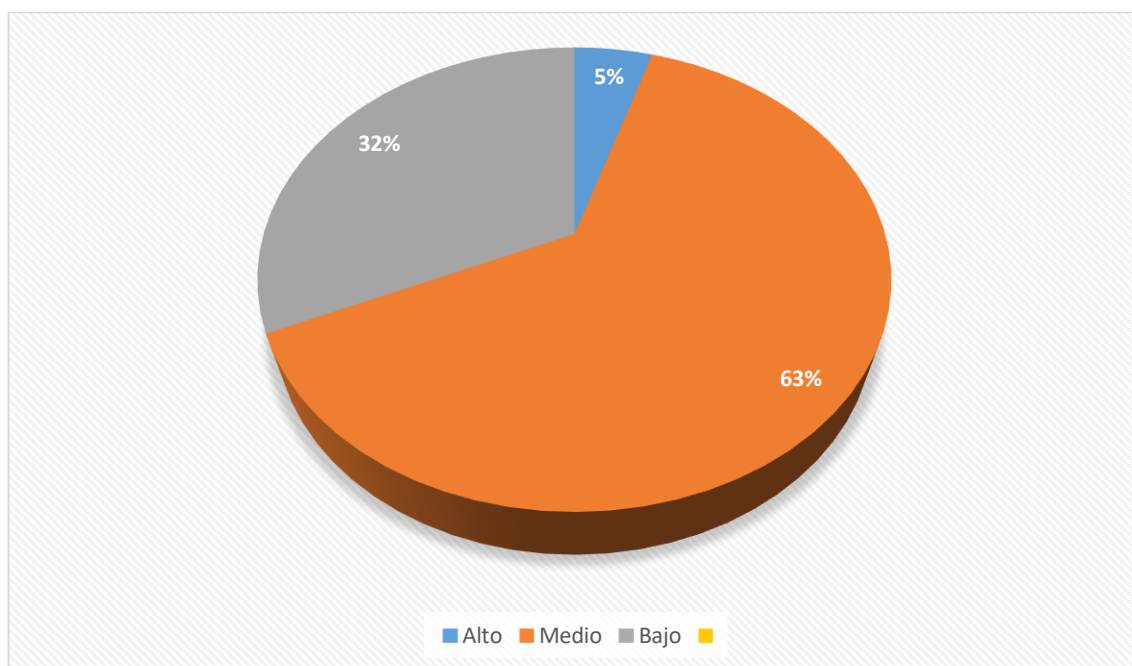


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran que de las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. Un 77% de adolescentes embarazadas tenía estudios secundarios y es en los colegios donde más se embarazadas, a pesar de la educación sexual los adolescentes, siguen siendo irresponsables con su vida sexual. Un porcentaje de 13% tenía estudios primarios esto son los adolescente que viene de familias de hogares disfuncionales o donde se ve una pobreza extrema. El 10% tenía estudios de nivel superior y son muy pocas ya que ellas están un poco más preparadas pero suele ocurrir en los momentos de diversión o muchas veces en adolescentes que recién tienen mayor libertad. Un 0% ningún tipo de educación esto si se ve ya el ma mayoría de familias del campo y de extrema pobreza y que se proviene de familias sin educación y donde más hijos se tiene.

Gráfico N 4 NIVEL SOCIOECONOMICO

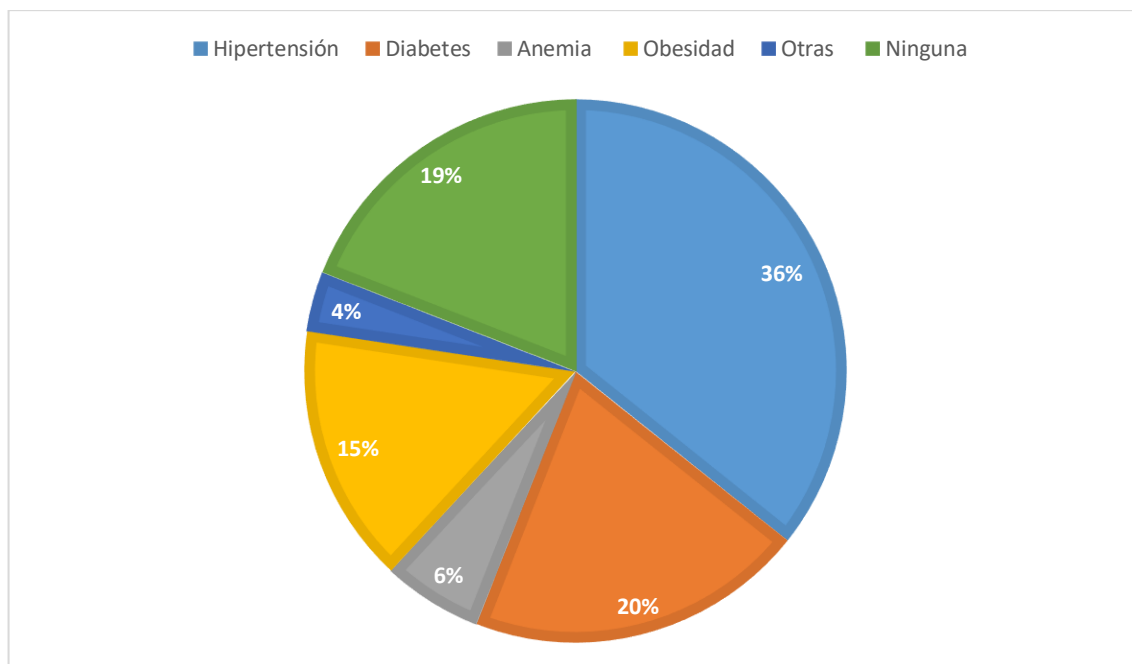


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran que de las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. Encontramos o demostramos que hay un porcentaje muy alto en lo que es el nivel socioeconómico en el bajo es de 63%, es donde se encuentran más los embarazos de las adolescentes. En el nivel medio encontramos un porcentaje de 32% que de igual manera es un porcentaje un poco alto ya que los embarazos se suelen dar es por el alto nivel de sobreprotección y al momento de tener un poco de libertad empiezan sus actividad sexual. En este grafico encontramos que en el nivel alto de economía hay un 5% .

Gráfico N 5 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

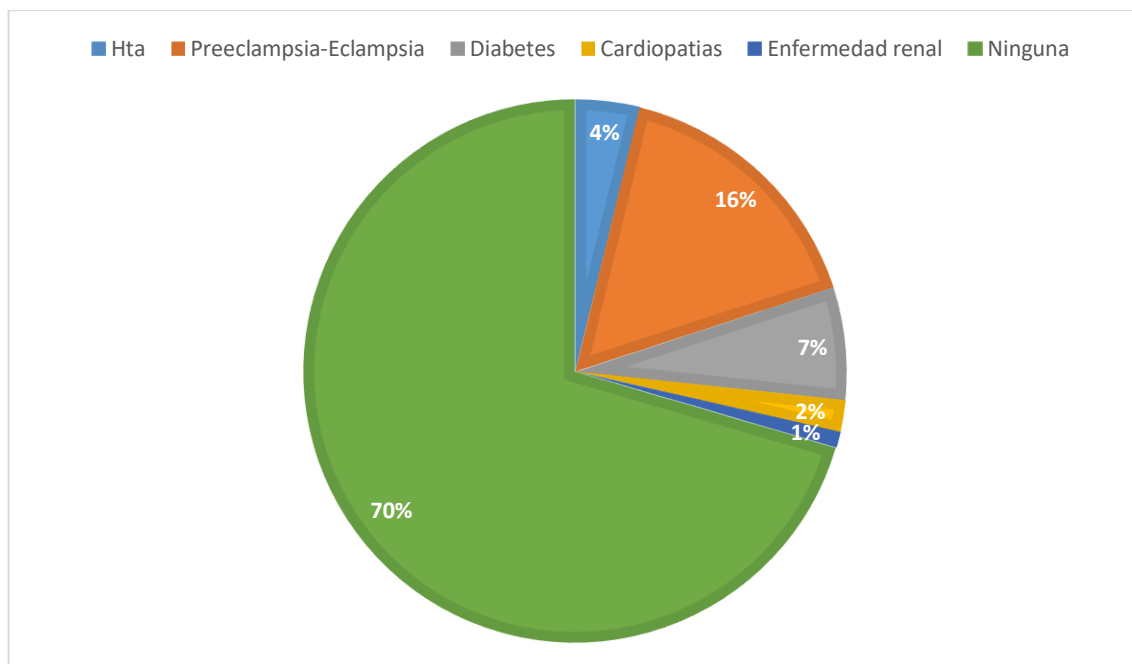


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. demostramos que hay un porcentaje marcado el lo que son las enfermedades que tienen los familiares de las adolescentes. Y que a pesar de eso le hacen caso omiso es así que el 36% tiene APF de hipertensión. Un porcentaje de 20% que padecen de Diabetes. Un porcentaje de 19% ninguna patología familiar. Un porcentaje de 15% de obesidad. Un 6% de anemia, y el 4% Otras. Mas sin embargo estas APF las debemos de tener muy en cuenta para el momento de que una adolescentes este embarazada.

Gráfico N 6 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

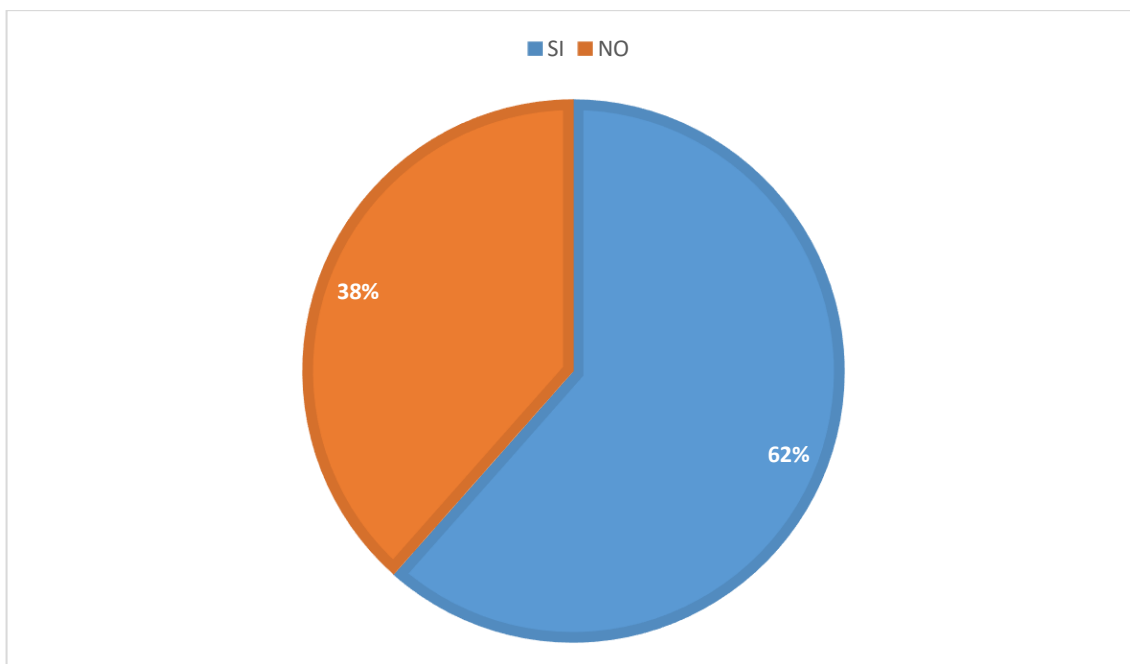


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran que las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. En este gráfico damos a conocer las patologías personales, ya que por su juventud muchas veces no están declaradas o solo no padecen de ninguna enfermedad con un porcentaje de 70%. El otro porcentaje es de 16% que es adolescentes con Preeclampsia- eclampsia. Un porcentaje de 7% que padecen de Diabetes. Un porcentaje de 4% Hta. Un porcentaje de 2% cardiopatías. Y un porcentaje del 1% enfermedad renal. Estas son patologías que afectaran mucho al producto si no se tiene un control perinatal adecuado.

Gráfico N 7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

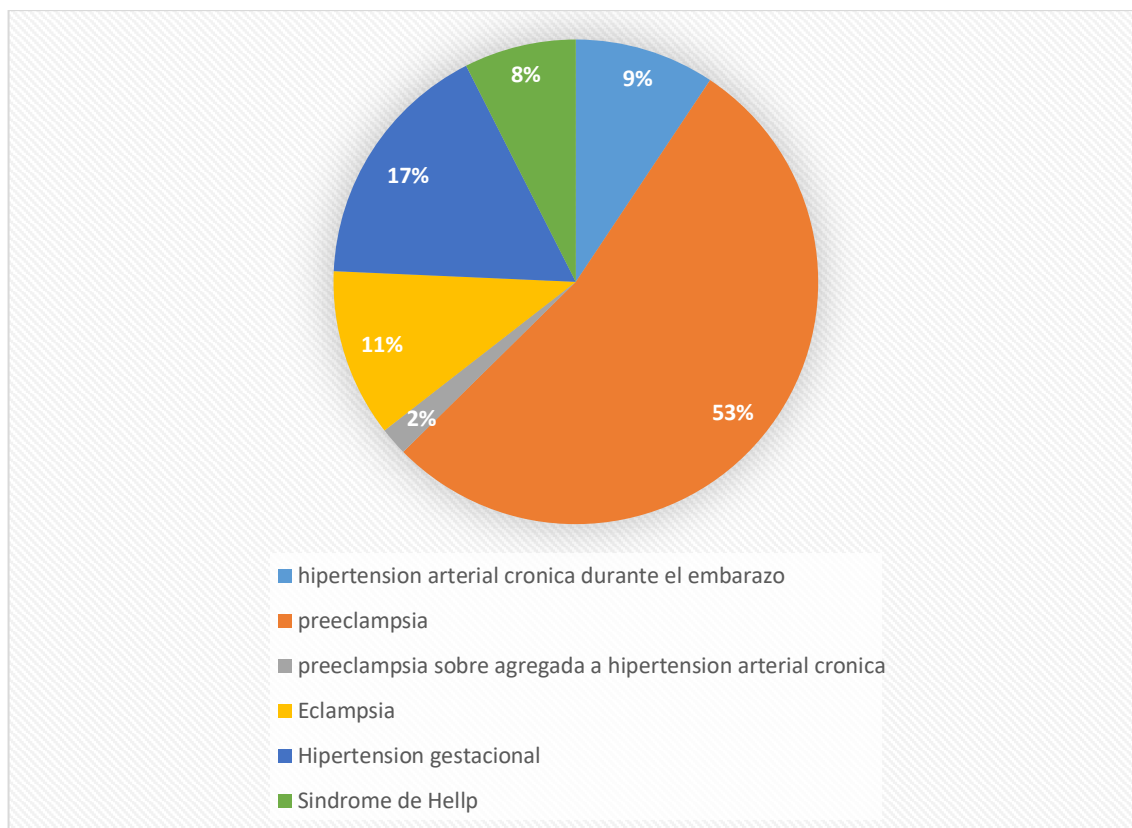


Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran que las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. Entre los resultados de las manifestaciones clínicas tenemos que un 62% que si presentaron manifestaciones. Mientras que un 38%no presenta ningún tipo de manifestación clínica.

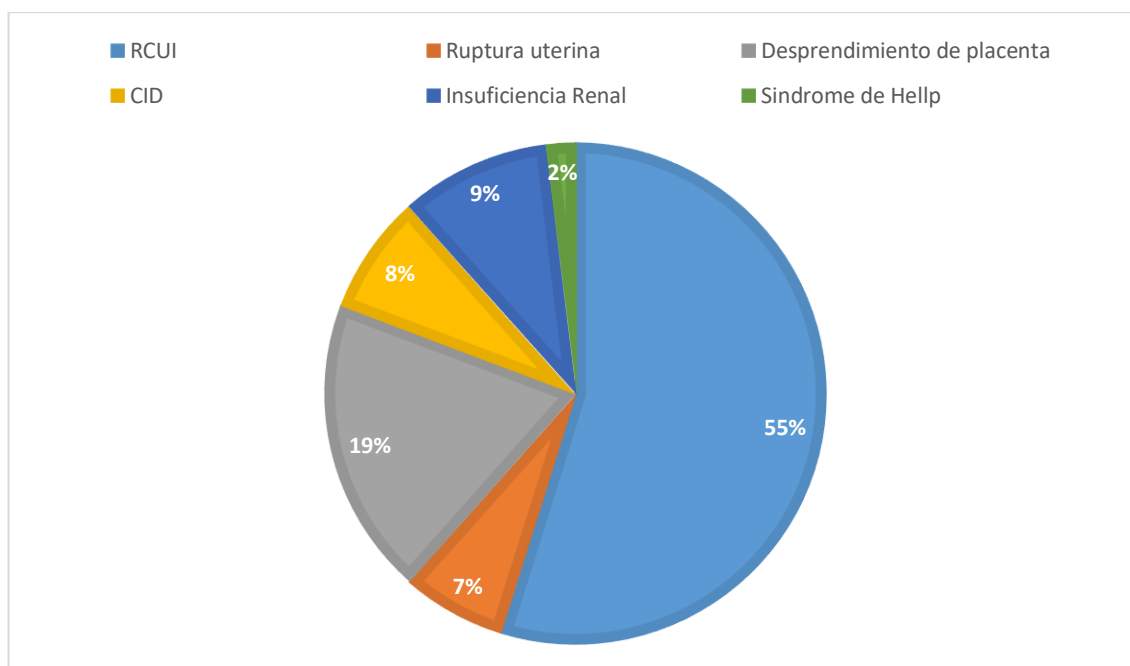
Gráfico N 8 TIPOS DE HIPERTENSIÓN



Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Análisis. - Los resultados de los datos obtenidos muestran que las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. Encontramos adolescentes hipertensas el 53% presento preeclamsia, el 17% hipertensión gestacional, el 11% eclampsia, el 9% hipertensión arterial crónica durante el embarazo, el 8% síndrome de hellp, el 2% Preeclampsia sobreagreda a hipertensión arterial crónica. Estos son los problemas que suelen presentarse en los embarazos de adolescentes. Pero esto no detiene su crecimiento ya que cada vez hay más adolescentes embarazadas. Ya que ellas no hacen conciencia que está en una edad de desarrollo, para su cuerpo no para dar vida a otro ser.

Gráfico N 9 COMPLICACIONES



Fuente: Adolescentes embarazadas con hipertensión de 12 a 19 años de la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús.

Elaborado por: María Alicia Suarez Quimis; July Paola Mindiola Castro.

Análisis.- Los resultados de los datos obtenidos muestran que las adolescentes atendidas en la consulta externa de la Maternidad Mariana de Jesús durante el periodo de mayo a septiembre del 2017. Entre los resultados de las complicaciones encontramos un porcentaje de 55% RCUI. Un 19% de desprendimiento de placenta. Un 9% insuficiencia renal. Un 8% de CID. También un 7% de ruptura uterina. Y un 2% de Síndrome de hellp.

DISCUSIÓN

Entre los datos obtenidos de nuestro trabajo de investigación, podemos hacer una comparación con otras investigaciones realizadas. Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. (1)

En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud de Profamilia 2005, los menores de 18 años corresponde al 36.3 % de total del país, en 2010 una de c/cinco adolescentes de 15 a 19 años (20%), era madre (16%) o estaba embarazada (4%); las cifras más altas se registraron en Córdoba, Caquetá y Casanare, con 40, 12 y 11 casos respectivamente. El último reporte de Estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) luego de hacer un estudio en 14 municipios, permitió arrojar que Córdoba es el sexto departamento con el mayor número de nacidos de adolescentes. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reportó que entre enero y agosto de 2012 se presentaron 1.125 casos de menores de 18 años embarazadas de ellas 144 (12,8%) entre 10 y 14 años. (2)

Entonces podríamos concluir diciendo que se debe de enfocar en problema con un notable crecimiento de índole social. Que no solo se da en nuestro país si no en casi todos los países. Se ha comprobado que por más que se hable de sexualidad. Y se trate de educar a los adolescentes. No se ha encontrado manera de que disminuya este crecimiento de adolescentes embarazadas. Es necesario concientizar a la sociedad y a la juventud que el estar en estado de gestación implica muchos riesgos. A nivel mundial, los trastornos hipertensivos en el embarazo, son una de las complicaciones

habituales y responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo.

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se destacan la preeclampsia y la eclampsia como las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En el Ecuador según el ministerio de Salud Pública los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad reportada por egresos hospitalarios y ésta se ubica también entre las principales causas de mortalidad materna, es así que en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años (20%). La tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub -región andina (100 nacimientos por cada mil mujeres).

El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%.

Pero estos porcentajes pueden disminuir, con la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Es así que se tiene que tener claros la determinación de los valores de presión arterial, que nos indique que ya hay un problema y así poder determinar la PAD. Al evaluar a la paciente gestante en que se conoce o plantea hipertensión arterial crónica debemos considerar:

- Antecedentes familiares: fundamentalmente de hipertensión arterial esencial o secundaria.
- Antecedentes personales: de controles de cifras tensionales y comorbilidad.

- Repercusiones sobre órgano blanco.
- Cifras de presión arterial en los controles obstétricos de la gestación actual y antecedentes obstétricos.
- Evolución durante la gestación y luego de ella.
- Presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica > 90 mm Hg en una mujer previamente normotensa, después de la semana 20 de gestación. Su verificación requiere por lo menos dos tomas con diferencia de seis horas entre cada una, con la paciente en reposo y en un lapso no mayor de siete días.
- Proteinuria ≥ 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o ≥ 30 mg/dL en dos muestras de orina tomadas al azar, con diferencia de seis horas entre cada una, en un lapso no mayor de siete días.
- Sin evidencia de compromiso multisistémico o de vasoespasmo persistente.

Para eso se debe de informar he insistir en que se debe de tratar en lo posible cambiar el estilo de vida. Incursionando en la vida de cada adolescente embarazada, una dieta rica en vegetales fibras y frutas, y tratar de dejar el sedentarismo. Para así mejorar el estado de salud y que puedan tener un feliz embarazo y un feliz término.

CONCLUSIONES

- ✓ Entre las características sociodemográficas tenemos que un 48% de las adolescentes con hipertensión arterial durante el embarazo tenían entre 15 – 17 años el 34% entre 18 – 19 años y el 18% de 12 – 14 años.
- ✓ En lo que respecta a su estado civil El 47% de adolescentes embarazadas están en unión libre, ya que por su embarazo se sienten en la necesidad o en la obligación de unirse con el padre de su hijo o el responsable de su embarazo. Un 37% de que son solteras pero que esta embarazadas pero que a pesar de esto están en sus hogares porque estudian y ya que cuentan con su apoyo de sus familiares. Un 8% de adolescentes casadas, Un 8% unión de hecho, 0% divorciadas.
- ✓ en cuanto a su nivel de educación el 77% de adolescentes embarazadas tenía estudios secundarios. El 13% tenía estudios primarios esto son los adolescente que viene de familias de hogares disfuncionales. El 10% tenía estudios de nivel superior y son muy pocas ya que ellas están un poco más preparadas, pero suele ocurrir en los momentos de diversión o muchas veces en adolescentes que recién tienen mayor libertad.
- ✓ En cuanto al nivel socioeconómico tenemos que 63%, pertenece al nivel socioeconómico bajo. En el nivel medio encontramos un porcentaje de 32%. Y también encontramos que en el nivel alto de economía hay un 5%.
- ✓ En lo que respecta a los factores de riesgo 36% tiene APF de hipertensión. Un porcentaje de 20% que padecen de Diabetes. Un porcentaje de 19% ninguna patología familiar. Un porcentaje de 15% de obesidad. Un 6% de anemia, y el 4% Otras.
- ✓ En los APP encontramos un 70% no presento APP. El 16% Preeclampsia- eclampsia. Un porcentaje de 7% que padecen de Diabetes. Un porcentaje de 4% Hta. Un porcentaje de 2% cardiopatías. Y un porcentaje del 1% enfermedad renal.
- ✓ las manifestaciones clínicas tenemos que un 62% que si presentaron manifestaciones. Mientras que un 38%no presenta ningún tipo de manifestación clínica.
- ✓ Encontramos adolescentes hipertensas el 53% presento preeclamsia, el 17% hipertensión gestacional, el 11% eclampsia, el 9% hipertensión arterial crónica durante el embarazo, el 8% síndrome de hellp, el 2% Preeclampsia sobreagreda a hipertensión arterial crónica.

- ✓ Entre los resultados de las complicaciones encontramos un porcentaje de 55% RCUI. Un 19% de desprendimiento de placenta. Un 9% insuficiencia renal. Un 8% de CID. También un 7% de ruptura uterina. Y un 2% de Síndrome de hellp.

RECOMENDACIONES

- ✓ Dar orientación a las familias sobre educación sexual, planificación familiar y las patologías más comunes para crear conciencia de embarazos adolescentes.
- ✓ A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar sobre la importancia de un control prenatal adecuado creando grupos sociales que incentiven a las pacientes a una buena calidad de vida, a disfrutar de una maternidad saludable y sin futuras complicaciones.
- ✓ Difundir dentro y fuera del Hospital de forma más agresiva la importancia de conocer los factores de riesgo en el embarazo y así evitar muertes maternas.

Bibliografía

1. Vallejo B&. Embarazo en adolescentes Complicaciones. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX. 2013.
2. R. J. ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTES. Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES. 2012 Noviembre; 73(103).
3. Cunningham G. LK&BS. WILLIAMS OBSTETRICIA. 24th ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2015.
4. Sosa M&G. Estados hipertensivos del embarazo. Redalyc.org. 2013 Agosto; 28(2).
5. D. N. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. Redalyc. 2016; 20(4).
6. R. MdIC. FACTORES PREDISPONENTES DE LA PREECLAMPSIA EN adolescentes de 13 a 20 años. 2013..
7. Arauz R, Espinosa MB&G. Preeclampsia-eclampsia. Redalyc.org. 2012 Octubre; 50(5).
8. Soto R&E. Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y neonatal. Scielo. 2014 Diciembre; 74(4).
9. De Oliveira DM&DS. Síndrome Hellp: estudio de revisión para la atención de enfermería. Scielo. 2012 Octubre; 11(28).
10. Merck and Co.. Coagulación intravascular diseminada (CID). Manual MSD. 2018 ENERO 12.
11. Almagro D. La hemostasia en el embarazo. Scielo. 2000 JULIO 9; 16(2).
12. Aaro LJJ. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v16n2/hih02200.pdf>. [Online].; 2016 [cited 2018 ENERO 12. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v16n2/hih02200.pdf>.
13. T. KB&K. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v16n2/hih02200.pdf>. [Online].; 2017 [cited 2018 ENERO 23. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v16n2/hih02200.pdf>.
14. J. B. Embarazo en adolescentes complicaciones. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX. 2013;; p. 66.
15. A. L. GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO. 2004..
16. Pública MdS. Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica. Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica. 2013 Octubre.
17. Ecuador ACdE. Constitución del Ecuador. 2008..
18. Matías de la Cruz RP. Repositorio Universidad de Guayaquil. [Online].; 2013 [cited 2018 Enero 28. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>.

19. S. Z. Zeerleder S, Hack C, Wuillemin W. Disseminated intravascular coagulation in sepsis. *Chest*, 2013; 128: 2864-2875. [Online].; 2013 [cited 2018 ENERO 28. Available from: [Zeerleder S, Hack C, Wuillemin W. Disseminated intravascular coagulation in sepsis. Chest, 2005; 128: 2864-2875.](#)
20. M. L. 11. Levi M. The coagulant response in sepsis. *Clin Chest Med*, 2015; 29: 627-642.. [Online].; 2015 [cited 2018 ENERO 28. Available from: [11. Levi M. The coagulant response in sepsis. Clin Chest Med, 2008; 29: 627-642..](#)
21. K M. Maeda K, Hirota M, Ichihara A, Ohmuraya M, Hashimoto D, Sugita H, et al. Applicability of disseminated intravascular coagulation parameters in the assessment of the severity of acute pancreatitis. *Pancreas*, 2016; 32: 87-92. [Online].; 2016 [cited 2018 ENERO 20. Available from: [Maeda K, Hirota M, Ichihara A, Ohmuraya M, Hashimoto D, Sugita H, et al. Applicability of disseminated intravascular coagulation parameters in the assessment of the severity of acute pancreatitis. Pancreas, 2006; 32: 87-92.](#)
22. Thachil J TC. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2013 [cited 2017 DICIEMBRE 26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
23. Hess J BKDRHC. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2012 [cited 2017 NOVIEMBRE 12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
24. Yap C IB. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2012 [cited 2017 OCTUBRE 12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
25. Haematol BPRC. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2016 [cited 2018 25 2018. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
26. Tripodi A MP. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2014 [cited 2017 OCTUBRE 20. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
27. Ferro D CAVF. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2013 [cited ENERO 2018 20. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
28. R. B. <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 28. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>.

29. Slofstra S SCtCH. <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 28. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>.
30. Tijburg P RJSDB. <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>. [Online].; 2017 [cited 2018 ENERO 28. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180515586004.pdf>.
31. Pública MdS. Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2013. Available from: www.salud.gob.ec.
32. Martin G. MJ&HJ. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Scielo. 2004 Marzo; 74(2).
33. E. L. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2015 [cited 2017 ENERO 4. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.
34. G. H. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre 26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400004.

GLOSARIO

Hipertensión arterial.- La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos.

Hipertensión gestacional.- La hipertensión gestacional, también conocida como la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) 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.

Preeclampsia.- Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.

Eclampsia.- Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

Síndrome de HELLP.- Según sus siglas en inglés consiste en hemólisis, aumento enzimas hepáticas y trombocitopenia, es una de las complicaciones maternas y fetales más graves durante el embarazo.

CID.- Es una condición que impide que el organismo controle la coagulación sanguínea y las hemorragias. Inicialmente se forman coágulos sanguíneos en varias partes del cuerpo. El organismo reacciona produciendo una cantidad excesiva de un agente que deshace los coágulos sanguíneos.

Proteinuria.- Presencia en la orina de proteínas en una cantidad superior a la normal.

Hemolisis.- Destrucción de los hematíes o glóbulos rojos de la sangre que va acompañada de liberación de hemoglobina

Enzimas hepáticas.- Las principales **enzimas** del hígado son las transaminasas (aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa), las fosfatasa alcalina, la gamma GT y las CDT.

Plaquetopenia.- disminución de las plaquetas que participan en la coagulación, la cual puede ser ocasionada por diversas enfermedades.

Trombocitopenia.- es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales, es decir, con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³.

Diuresis.- se define como la cantidad de orina producida en un tiempo determinado.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

ANEXO # 1

Tema: Prevalencia de Hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús de mayo a septiembre del 2017

Objetivo: Determinar cuál es la prevalencia de la hipertensión en las adolescentes embarazada de 12 a 19 años. En la Maternidad Marianita de Jesús de Mayo a Septiembre del 2017.

Instrucciones para el observador:

Revise en cada expediente clínico los datos que correspondan a la recolección de información.

Señala con una "x" el casillero que corresponda.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Historia clínica No._____

1.- Edad

12-14_____ 15-17_____ 18-19_____

2.- Estado civil

Soltera _____

Casada _____

Unión libre _____

Unión de hecho _____

Divorciada _____

3.- Nivel de instrucción

Primaria _____

Secundaria_____

Superior _____

Ninguna _____

4.- Nivel socioeconómico

Alto _____

Medio _____

Bajo _____

5.- Antecedentes patológicos familiares

Hta _____

Diabetes _____

Obesidad _____

Anemia _____

Epilepsia _____

Otras _____

Ninguna _____

6.- Antecedentes patológicos personales

Hta _____

Diabetes _____

Preeclampsia _____

Enfermedad renal _____

Cardiopatías _____

Ninguna _____

7.- Manifestaciones Clínicas

Si _____

No _____

8.-Tipo de hipertensión

Hipertensión arterial crónica durante el embarazo _____

Preeclampsia _____

Preeclampsia sobre agregada a hipertensión arterial crónica _____

Eclampsia _____

Hipertensión gestacional _____

Síndrome de hellp _____

9.- Complicaciones

RCIU Sí_____ No_____

Ruptura uterina Sí_____ No_____

Desprendimiento de placenta Sí_____ No_____

Insuficiencia renal Sí_____ No_____

CID Sí_____ No_____

Síndrome de Hellp Sí_____ No_____

ANEXO # 2 CARTA



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUIAYAQUIL

RECIBIDO
HOSPITAL MARIANA DE JESUS
14:24

AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS

GUAYAQUIL, 11 DE DICIEMBRE DEL 2017

EN SU DESPACHO

DIRECTOR DEL HOSPITAL MARIANA DE JESUS

DR. BILLY DUARTE

DE MIS CONSIDERACIONES

NOSOTRAS, JULY PAOLA MINDIOLA CASTRO CON C.I. # 0918105578, MARIA ALICIA SUAREZ QUIMIS CON C.I.# 0920959855, ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL.

CONCEDORAS DE SU ESPIRITU DE COLABORACION EN LO QUE A DOCENCIA SE REFIERE NOS PERMITIMOS SOLICITAR A UD. LA PERSPECTIVA AUTORIZACION PARA REALIZAR EL TRABAJO DE TITULACION CON EL TEMA "PREVALENCIA DE HIPERTENSION GESTACIONAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 12 A 19 AÑOS" DURANTE EL PERIODO DEL MES DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2017, EN LA INSTITUCION QUE USTED DIRIGE.

EN EL PROCESO DE LA ELABORACION Y RECOLECCION DE DATOS DEL PRESENTE ESTUDIO, SE GUARDARÁ EN TODO MOMENTO LA PRIVACIDAD NECESARIA PARA SALVAGUARDAR LA IDENTIDAD DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS EXCEPTUANDO LO DE LOS ALUMNOS INVESTIGADORES.

AGRADECIENDO A LA PRESENTE, APROVECHO LA OPORTUNIDAD PARA REITERARLE MI AGRADECIMIENTO

ATENTAMENTE:

JULY PAOLA MINDILA CASTRO
C.I. 0918105578
TELF. 0979751174
E-MAIL: paok_julietchiquita@hotmail.es

MARIA ALICIA SUAREZ QUIMIS
C.I. 0920959855
TELF. 0983864573
E-MAIL: marilizali29@gmail.com

ANEXO # 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Presentación del anteproyecto.	→				
Determinar en forma de sistema los aspectos del tema investigado	→				
Revisión del anteproyecto con el tutor: Análisis del tema y planteamiento del problema, preguntas de investigación, introducción, justificación, objetivos.	→				
Revisión de los Fundamentos conceptuales del tema investigado. Razones para realizar la investigación.	→				
Revisión de la bibliografía propuesta.		→			
Revisión de los aspectos teóricos. Construcción de la fundamentación conceptual. Referencia general de investigaciones anteriores.			→		
Descripción de las variables operacionalizadas adecuadamente en cuanto a su concepto, dimensión, indicador y escala y guardan coherencia con problema y objetivos.			→		
Revisión de Diseño de instrumentos de Recolección de información.				→	

Revisión de Diseño metodológico.	→
Revisión de la Fundamentación del diseño metodológico: Recolección de datos, análisis de la población y muestra.	→
Elaboración de las conclusiones y recomendaciones	→
Elaboración de tablas o gráficos con los títulos y los respectivos análisis.	→
Primer borrador.	→

ANEXO # 4 FOTOS



Interna en el área de estadística



Interna en selección de carpetas



Internas de enfermería revisando las carpetas y llenando las encuestas para la tabulación.



Internas de enfermería realizando la revisión de las carpetas para la recolección de datos

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Mindiola Castro July Paola** con CC:# **María Alicia Suárez Quimis** con C.C: # **0920959855** autor/a del trabajo de titulación: “**Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **5 de marzo** de **2018**

f. _____

Mindiola Castro July Paola

C.C: **0918105578**

f. _____

Suárez Quimis María Alicia

C.C:**0920959855**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de hipertensión arterial en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús.		
AUTOR(ES)	Mindiola Castro July Paola , María Alicia Suarez Quimis		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Oviedo Pilataxi, Luis Alberto, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencia Medicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de marzo de 2018	No. DE PÁGINAS:	#52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermería clínica, cuidado de la mujer ginecología, fundamentos obstétricos epidemiología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	<i>Prevalencia, hipertensión, adolescentes, embarazo</i>		
RESUMEN/ABSTRACT :	<p>El embarazo de adolescente es uno de los problemas más crecientes en todo el mundo por más que se realicen programas o se eduque a la juventud sobre la sexualidad. Nada detiene el embarazo en adolescentes, y con ello se incrementa el riesgo de los problemas del embarazo como lo es la preeclampsia la eclampsia que son los trastornos hipertensivos más preocupantes del embarazo. Que constituye una de las más importantes en la muerte materna y perinatal en el Ecuador y en la mayoría de los países latinoamericanos. Este trabajo de investigación tiene como objetivo principal saber que, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Según el Ministerio de Salud Pública se debe de realizar es un buen manejo y cumplimiento de normas de Enfermería de salud pública. Se empleara una investigación Retrospectivo – Descriptivo porque se hará la revisión de los expedientes clínicos de aquellas adolescentes embarazadas con hipertensión atendidas en el periodo de “Mayo a Septiembre del 2017”. El universo será 104 pacientes adolescentes embarazadas hipertensas. En conclusión podemos manifestar que la frecuencia de la hipertensión de la preeclampsia y la eclampsia se da con mayor frecuencia en adolescentes embarazadas de 12 a 19 años. Se puede decir que son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-983864573 - +593-979751174	E-mail: marilizali29@gmail.com paok_julietchiquita@hotmail.es	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martha Holguín Jiménez		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			