



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A GESTANTES
ADOLESCENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL
ÁREA TOCOQUIRÚRGICO DEL HOSPITAL GINECO
OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR"

NOMBRE:

SRA: PAULINA ELIZABETH COELLO CABELLO

DIRECTORA: LCDA. ANA GONZALEZ

Guayaquil, 10 DE JUNIO DEL 2011

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi querida madre, que aunque no esté en persona se que siempre me acompaño en esta trayectoria en los momentos más difíciles ya que ella fue mi pilar fundamental y desde muy niña me enseñó todo lo que se hasta hoy la dedicación que puso en mi, para que llegue a esta etapa.

A mi padre por que pese a todo él siempre, estuvo a mi lado dándome mucho cariño.

A mis tíos Rosa y Antonio, mis hermanos Gina y Pedro que desde que inicie a estudiar esta carrera estuvieron apoyando con su entrega y amor filial incondicionalmente.

A cada uno de mis excelentes docentes que cursaron ciclo a ciclo cada uno me dejo una huella imborrable en el aprendizaje de la carrera de enfermería y como olvidar a la Lcda. Ana González que ayudo a realizar esta tesis con mucha paciencia y sabiduría.

Y principalmente dedico esta tesis a mis dos amores que llegaron a complementar y darle luz a mi vida mi esposo Berdy y mi hijo Bryan.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente que fue quien me dio la vida y ha hecho que pueda llegar a culminar un gran paso en mi vida.

A mis padres porque me dieron la vida y fueron los primeros que me enseñaron a luchar por los objetivos que uno desea alcanzar

A la Maternidad Enrique C. Sotomayor que me apoyo con la media beca que me dio durante todos los años de estudios.

A mi hijo por que pese que es muy pequeño he quitado de su valioso tiempo para dedicarlo a este proyecto y a mi esposo que con su amor y paciencia me hacen seguir día a día. A mis suegros que ellos me han apoyado con su cariño y constancia con su tiempo.

Y a mis amigos que de la anterior promoción Mariuxi, Alfredo, Claudia y Lili que siempre fueron incondicionales con su compañerismo y amistad. A mis amigas de la actual promoción Rosa, Verónica, Miriam y Bella que me apoyaron en el momento más difícil de mi vida y gracias a ellas pude seguir con mis estudios.

Dios las Bendiga siempre toda la vida.

Atentamente.
Paulina Coello Cabello

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN Y ABSTRACTO	
PALABRAS CLAVE	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DELIMITACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO	3
3. OBJETIVOS	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4. MARCO TEÓRICO	7
CAPITULO I	7
Embarazos adolescentes en el Ecuador.	7
CAPITULO II	9
ADOLESCENCIA	9
2.1. Concepto.	9
2.2. Particularidades anatómicas y fisiológicas del adolescente	9
2.3. Pubertad	9
2.4. Menarquía	10
2.5. Aspectos psicológicos en los adolescentes.	11
2.6. Integración de la Personalidad	12
➤ Interés por la apariencia física:	12
➤ Problemas de la adolescencia	13
2.7. Adolescencia y Familia	14
2.8. Desarrollo psicosocial.	15
2.9. Etapas del desarrollo	17
2.9.1. Desarrollo Cognoscitivo	17
2.9.2. Desarrollo motivacional	18
2.9.3. Desarrollo afectivo	18
2.9.4. Desarrollo social	19

2.9.5. Desarrollo sexual	20
2.9.6. Desarrollo Moral	21
2.9.7. Desarrollo Religioso	21
CAPITULO III	22
CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE	22
3.1. En Países Desarrollados	22
3.2. Abusos sexuales	22
3.3. Violencia durante el noviazgo	23
3.4. Violencia doméstica	23
3.5. Ambiente en la infancia	24
3.6. Medidas preventivas de embarazos precoces	24
CAPITULO IV	27
EMBARAZO Y ADOLESCENCIA	27
4.1. Generalidades	27
4.2. Embarazo según la edad gestacional	27
4.3. Fisiología	28
4.4. Cambios fisiológicos durante el embarazo	29
4.5. Etapas del Embarazo	30
4.6. Embarazos en adolescentes	31
4.7. Principales factores que intervienen en los embarazos no deseados	31
4.8. Determinación de la adolescencia y el embarazo adolescente	32
4.9. Causas del embarazo en la adolescencia	33
4.10. Consecuencias de un embarazo precoz	33
4.11. Riesgos Del Embarazo Precoz	35
4.12. Riesgos Biologicos	35
4.12.1. Complicaciones obstétricas.	35
4.12.2. Factores del riesgo para el niño	37
4.13. Complicaciones Más Frecuente En El Embarazo	38
4.13.1. Anemia	38

4.13.2. Hemorragia parto	38
4.13.3. Desprendimiento de placenta	39
4.13.4. Placenta previa	39
4.13.5. Diabetes	39
4.13.6. Embarazo ectópico	40
4.13.7. Cardiopatía	41
4.13.8. Hipertensión	41
4.13.8.1. Hipertensión arterial crónica o previa al embarazo	42
4.13.8.2. Hipertensión arterial inducida por el embarazo o preeclampsia	42
4.13.8.3. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobre agregada	42
4.13.8.4. Hipertensión arterial transitoria o hipertensión gestacional	43
4.13.9. Preeclampsia	43
4.13.9.1. Consecuencias de la preeclampsia en la salud materna y en la del bebé	44
4.13.10. Eclampsia	45
4.13.11. Síndrome de HELLP	45
CAPÍTULO V	47
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	47
5.1. Profesión de Enfermería	47
5.2. Los Cuidados de Enfermería	47
5.3. Etapas Del Proceso De Cuidados De Enfermería	48
5.4. Sistemas de Actividades de Enfermería	49
5.5. Cuidados de Enfermería a las Gestantes con Problemas de Hipertensión Arterial.	50
5.6. Recomendaciones.	53
5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS/ LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	54
6. MÉTODO.	55

6.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DE MÉTODO.	55
6.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	55
6.2.1. Muestra selección de los participantes.	55
6.2.2. Técnicas de recogida de datos.	55
6.2.3. TÉCNICAS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE DATOS.	55
7. PRESENTACIÓN DE DATOS/ RESULTADOS.	56
8. ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS.	57
9. CONCLUSIONES.	88
10. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	91
BIBLIOGRAFÍA.	95
ÍNDICES VARIOS.	100
ANEXOS	102

ABREVIATURAS:

CEM	Código de Ética Médica
FUM	Fecha de Última Menstruación
g	gramo
HVC	hipervolémico crónico
HA	Hipertensión Arterial
LEM	Ley de Ejercicio Médico
ml	miligramo
OMS	Organización Mundial de la Salud
TA	tensión arterial

RESUMEN

Esta investigación analiza la **atención de enfermería a gestantes adolescentes con hipertension arterial en el área tocoquirúrgico del hospital Gineco Obstétrico “Enrique c. Sotomayor”** de la ciudad de Guayaquil, la hipótesis que conduce el trabajo es El personal de enfermería que proporciona la atención en tocoquirurgico con una guía de atención tendrá mejor rendimiento que el personal de enfermería que realiza la atención de enfermería empíricamente.

El objetivo general es diseñar una guía de atención de enfermería para las gestantes adolescentes con hipertensión arterial en el área tocoquirúrgico, y los objetivos específicos son: **i)** Determinar el conocimiento que posee el personal de Enfermería sobre la Atención que se provee a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial; **ii)** identificar las actividades de enfermería que se realizan a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial por prioridad; e, **iii)** identificar los aspectos relevantes que deben ir en una guía de atención de enfermería que se proporcionara a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial.

La metodología de la investigación es la descriptiva observacional. La población investigada fueron diez profesionales de enfermería y veinticinco auxiliares de enfermería que laboran en los tres turnos en el área Tocoquirurgico del Hospital. Esta población respondió una encuesta estructurada con dieciséis preguntas cerradas. El documento tiene diez secciones, esta son: introducción, planteamiento del problema, objetivos, marco teórico, formulación de la hipótesis, el método, presentación de datos, análisis de los datos, conclusiones y valoración crítica de la investigación.

Palabras Claves

Hipertensión arterial, gestante adolescente, atención de enfermería, embarazo precoz

ABSTRACT

This research examines **nursing care to pregnant adolescents with hypertension in the Labor Room of the "Enrique C. Sotomayor" Hospital from Guayaquil city**, the hypothesis is the work of nursing staff provides nursing care in the labor room with a care guide performs better than the delivering care nursing empirically.

The general objective *is design a guide to nursing care for pregnant teens* with high blood pressure in the labor room area, and specific objectives are: i) determine the knowledge possessed by the nursing staff about the care provided to pregnant women adolescents with hypertension; ii) identify nursing activities that are done to pregnant teens with hypertension by priority, and, iii) identify relevant aspects that must go into a nursing care guide is provided to pregnant teens with hypertension.

The research methodology is descriptive observational study. The population studied was ten professional nurses and twenty five nursing aides working in three shifts at the Hospital labor room area. This population answered a structured questionnaire with sixteen questions closed.

The document has ten sections, these are: introduction, problem statement, objectives, theoretical framework, hypothesis formulation, method, data reporting, data analysis, conclusions and critical evaluation of research.

Keywords

Hypertension, pregnant teenager, nursing care, early pregnancy

1.- INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la Hipertensión Arterial¹ es una de las principales causas de mortalidad materna, aunque ha venido disminuyendo a menos de 5 por 100,000 nacidos vivos, ésta enfermedad aún en sus formas más graves debe poderse prevenir. En Latinoamérica; la Hipertensión asociada al embarazo continúa siendo una causa significativa de mortalidad y morbilidad materna y fetal. Su incidencia varía entre el 6 y el 30% de los embarazos²

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor creada desde 1948 tiene la capacidad para atender a 7.857 neonatos enfermos, lo que totaliza 53 mil 594 pacientes hospitalizados. Según las estadísticas, la Maternidad Enrique C Sotomayor tiene el mayor número de ingresos de pacientes en el país y la que más partos atiende en América del Sur y la segunda en Latinoamérica, superada por México, considerando que tiene 20 millones de habitantes.³

Entre los servicios que presta está: cirugía, hospitalización, consulta externa, laparoscopia, neonatología, banco de sangre, embarazo de alto riesgo, infertilidad, embarazo de adolescentes, genética clínica, monitoreo fetal, ecografía de alta resolución, patología, laboratorio, mamografía, rayos X, densitometría ósea⁴, departamento de imágenes, mastología, estimulación temprana del niño y odontología.

El propósito de ésta investigación es mejorar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería sobre la Hipertensión Arterial en las adolescentes gestantes del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, dado que éste personal no ha sido capacitado en urgencia ginecológica a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial.

Con una guía de Atención de enfermería se detectara las falencias y se podrá instaurar recomendaciones para fortalecer la atención que proporciona el personal de enfermería a gestantes con hipertensión arterial la

cual es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Precizando así la detección de complicaciones tales como:

Preeclampsia⁵ es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo hipertensión inducida por el embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina.

Eclampsia⁶ es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Síndrome de hellp⁷ es una complicación obstétrica severa considerada como una variedad de preeclampsia. Esta condición aparece durante la etapa tardía del embarazo y en ocasiones después del parto.

Este proyecto tiene como finalidad que el personal de enfermería no realice sus actividades por los saberes empíricos si no por los saberes científicos y así pueda realizar sus actividades con una guía de atención de enfermería.

Si existiera alguna complicación de las patologías mencionadas sería mortal para la gestante y al momento que existiera una urgencia se lograría interactuar entre sí con el equipo de salud sin ninguna pérdida de tiempo y así se conseguirá asegurar el bienestar del binomio madre – hijo y familia en la atención de enfermería con calidad.

2.- PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor brinda servicios de salud a mujeres embarazadas y en etapa de reproducción. Adicionalmente, se brindan servicios médicos a través de dos dispensarios ubicados en Bastión Popular y Guasmo Sur. Ambos centros de tratamiento están bien equipados y mantienen un enlace directo con la Maternidad Enrique C. Sotomayor para el control de las pacientes a través de sus historias clínicas.

Cuenta con un total de 505 camas para la atención al público y 172 termocunas. Además, cuenta con una clínica privada con 17 habitaciones semiprivadas, 12 de atención primera y 20 en especial para atender a las madres y sus recién nacidos. Laboran 1.400 empleados, entre médicos, enfermeras y personal administrativo.

En el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor donde laboro he observado que las gestantes adolescentes entre los 12 y 18 años de edad que ingresan de urgencia a la Unidad de Salud Gineco Obstétrica "Maternidad Enrique C. Sotomayor en el mes de marzo en el turno de 7h:00 a 15h:00 en el área toco quirúrgico ingresan de 35 a 40 pacientes en ocho horas y el 40% de pacientes presentaron hipertensión arterial con complicaciones tales como: preclampsia, eclampsia y síndrome de hellp.

La atención de enfermería que se proporciona a estas pacientes es espontánea. Por la experiencia adquirida hace muchos años, el personal de enfermería se ha encargado de enseñar al nuevo trabajador y/o al personal rotativo del Área (Tocoquirúrgico) ciertos procedimientos sin una guía de atención específica para pacientes con hipertensión arterial; y esto se hace porque no existe una "guía de atención de enfermería" especial, ya que solo se puede constatar que existe un "manual de normas y procedimientos de enfermería del 2007" para pacientes con preclampsia y eclampsia el cual ha servido de guía para el personal antiguo y así realizar estas actividades

como: Valorar el estado de conciencia de la paciente, monitorizar los signos vitales con más énfasis en la presión arterial, canalizar una vía periférica de grueso calibre y se perfundirá Dextrosa al 5% a 30 gotas por minuto según el protocolo de la institución de salud, administrar hidralazina⁸ y sulfato de magnesio según protocolo de la institución.

La atención de enfermería que se realiza empíricamente y mecánicamente por el personal de enfermería es: Colocar una sonda vesical permanente previa asepsia en zona perineal para controlar la diuresis, realizar examen de proteinuria para comprobar cuantas cruces de proteinuria presentan, realizar rasura abdominal previa asepsia si la paciente fuera intervenida de urgencia quirúrgicamente hace muchos años, en caso que la paciente presente eclampsia y se encuentre convulsionando se coloca un tubo mayo, para evitar traumatismos en la lengua y el reposo absoluto en la camilla con seguridad de fijación e inmovilización.

El problema fue detectado ya que cuando ingresa una gestante adolescente se realiza una serie de actividades de enfermería sin ser programadas por las complicaciones que presenta la hipertensión arterial como: preclampsia, eclampsia y síndrome de hellp.

Cabe recalcar que las gestantes adolescentes deben de tener un cuidado especial y específico por las complicaciones que esta conlleva.

Los elementos con los que se interrelaciona son: no existir un manual de atención de enfermería en gestantes adolescentes con hipertensión ya que esta tiene complicaciones en la salud, no capacitar a todo el personal de enfermería para realizar actividades de urgencias específicas por prioridad.

Por todo lo anterior es muy importante contar con una guía de atención, y para ello realizamos este estudio para evitar complicaciones en el procedimiento de enfermería así posteriormente mejorar la calidad de atención.

Se observa que las actividades de enfermería de urgencias están manejadas por repetición. Para ello me planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, destrezas y habilidades que posee el personal de enfermería en la atención a gestantes adolescentes con hipertensión arterial en el Área Tocoquirúrgico?

3.- OBJETIVO

3.1.- Objetivo General

- Diseñar una guía de atención de enfermería para las gestantes adolescentes con hipertensión arterial en el área tóco quirúrgico

3.2- Objetivos Específicos

- Determinar el conocimiento que posee el personal de Enfermería sobre la Atención de que se provee a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial.
- Identificar las actividades de enfermería que se realizan a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial por prioridad.
- Identificar los aspectos relevantes que deben ir en una guía de atención de enfermería que se proporcionara a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial.

4. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

EMBARAZOS ADOLESCENTES EN EL ECUADOR.

Dos de cada tres adolescentes sin educación en Ecuador son madres o están embarazadas por primera vez, según una estadística que despertó la alarma en el Gobierno, que emprendió una campaña de control de la natalidad criticada por la Iglesia católica.

La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, dijo Susana Guijarro, encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud. "Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %", añadió.

Según Guijarro, un embarazo en la adolescencia se traduce a 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres y cada hijo adicional acarrea un año menos de escolaridad en media. "Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad".

El Gobierno sostiene que el pilar fundamental para afrontar el embarazo adolescente es la educación pero, a riesgo de duras críticas de sectores como la Iglesia, también ha decidido hablar de frente sobre métodos anticonceptivos, no abortivos.

El ministro de Salud, David Chiriboga, anunció que habrá "acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos en todas las unidades del Ministerio de Salud Pública y de la red pública de salud".

La información y orientación se dirigirán en particular a los casi 2,8 millones de adolescentes de Ecuador, un país que tiene un alto porcentaje de población joven..

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

2.1. Concepto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la *adolescencia* como la etapa que va entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia temprana*, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

2.2. Particularidades anatómicas y fisiológicas del adolescente.

Los cambios anatómicos y fisiológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación en las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

2.3. Pubertad.- Es el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. Algunas personas utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de la pubescencia para referirse al proceso. El comienzo de la pubescencia se caracteriza por una aceleración en el ritmo del crecimiento físico y por el término de latencia del crecimiento. Junto a este proceso de aceleración se producen cambios en las proporciones faciales y corporales y la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios. La pubertad tarda casi 4 años y comienza

alrededor de 2 años antes en las muchachas que los muchachos.

La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria de una persona joven, envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente.

La pubertad, se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales reactivan ante una señal psicológica. Su respuesta en una niña es que en los ovarios empiezan a producirse una cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción de testosterona. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que la testosterona estimula el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en el muchacho y la agresión y depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos la influencia social se combina con las hormonas pudiendo predominar dicha influencia. Los adolescentes en esta etapa dan mucha importancia a la opinión de sus pares, lo cual se identifica con los cambios sociales.

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación. En los varones, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y escroto y el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, siendo este fértil tan pronto exista la evidencia de esperma.

2.4. Menarquía.- Es la característica más evidente y simbólica de la transición de la niña a la adolescencia, llega de improviso y está precedido por un sangrado vaginal. Puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los dieciséis años y medio. La edad promedio de la menarquía es de doce años

y medio aproximadamente, por lo regular tiene lugar cuando la niña se acerca a la estatura adulta y ha almacenado un poco de grasa corporal. En una niña de talla normal, suele comenzar cuando pesa cerca de 45Kg.

Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas, además suelen variar de un mes a otro. En muchos casos los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios, es decir, no se produce el óvulo. La menstruación produce cólicos menstruales en casi la mayoría de las adolescentes. La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos. El signo más evidente de la madurez sexual de una niña es la primera menstruación.

2.5. Aspectos psicológicos en los adolescentes.

El adolescente además de vivir cambios físicos y en la sociedad en que vive, se le suma también cambios psicológicos. Muchas veces el adolescente se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo está latente la inseguridad que los cambios que ocasionan.

Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su YO, marcaran su identidad, servirá de brújula en su conducta social y permitirá adquirir una identidad sólida. Para que esto suceda, necesita que sus éxitos y rendimientos sean reconocidos porque son parte del proceso de maduración. Cuestionarlos es aumentar su desorientación. El adolescente debe saber quién es y quien quiere llegar a ser, de lo contrario sus decisiones no serán acertadas.

Los adolescentes no aceptan marcos de referencia, las actitudes de indiferencias y rebeldía aparecen como elementos naturales de la adolescencia, la huida frente a los conflictos interiores y problemas con el mundo que son canalizadas mediante el ruido y aturdimiento.

Para demostrar disconformidad se adoptan pautas y gustos

estandarizados alejados de lo que piensan y desea la sociedad. Pero este tipo de "Personalidad Estándar" impuesto por un sector no puede considerarse el ideal de identidad personal del adolescente.

2.6. Integración de la Personalidad

La adolescencia en sí es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad. Según algunos autores se creía que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal, estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general.

Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su **Yo**, marcarán su identidad, servirán de brújula en su conducta social y permitirá adquirir una identidad sólida. La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como de la mujer. Es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, los factores de mayor importancia son el ambiente donde interactúa el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia la motivación como el motor.

➤ Interés por la apariencia física:

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto físico que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda, y atléticos; las mujeres quieren ser lindas, delgadas, pero con forma, y con una piel y un cabello hermoso.

Los adolescentes de ambos sexos, se preocupan por su peso, su

compleción y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica, y hasta trastornos psicológicos, la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso, falta de autoestima, anorexia, bulimia, y hasta abuso de alcohol, drogas, y otros vicios.

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traiciona. Sin embargo, esta etapa también ofrece nuevas oportunidades que implican factores biológicos y propician la maduración en el joven, todos estos factores, ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada uno de ellos, lo que hace temprana o tardíamente que obtenga una maduración intelectual que le hará reflexionar y pensar mejor las cosas antes de actuar.

➤ **Problemas de la adolescencia**

- **Las tensiones internas:** La tensión psíquica es el resultado de los deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tentación, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas, egoísmo, crueldad, dejadez, entre otros.

- **Los conflictos familiares:** Los cuales afectan aspectos de la cotidianidad familiar como la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, costumbres, horarios, salidas entre otros.

- **Ser y tener:** Las preocupaciones de los varones, durante la adolescencia, se centran todo en poseer y tener, lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad.

- **Los temores masculinos:** Los cuales apuntan a supuestas malformaciones y defectos en lo que supone es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. Todo ello inducido por los sentimientos de culpabilidad que aparecen como resultado de prácticas o fantasías sexuales prohibidas.

- **Los temores femeninos:** El desarrollo del pecho, el tema candente entre las muchachas, la preocupación por el tamaño de los senos, que los ha considerado siempre símbolo privilegiado de la feminidad, belleza y excitación sexual. La preocupación de la mujer por la menstruación, suele destacar en sus comienzos ciertas dosis de ansiedad, fácilmente cancelable con una adecuada información.

2.7. Adolescencia y Familia

La familia es la institución social que recibe al ser humano desde su nacimiento y del cual emerge más tarde la adolescencia constituyéndose en la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico. La familia tiene el poder de producir más recursos para lograr cambios en los adolescentes en ella aprenden valores, principios, normas y costumbres que le afectaran por toda la vida a los adolescentes.

Los adolescentes son sumamente vulnerables a los cambios que se dan en la estructura familiar como son enfermedades, crisis de la mediana edad, divorcios, etc.

Toda familia donde sé este viviendo con un o una adolescente podría ser considerada como una familia en crisis, ya sea por la presión que puedan imponer en la familia o por el conflicto inter-generacional que en ella suceda esto es así porque mientras los adolescentes viven su crisis adolescente los padres enfrentan la crisis de la edad media con lo que implica la tercera edad.

Cada uno de estos períodos de la vida supone una revisión personal, de colaboración de la propia identidad y del planeamiento del futuro. Tenemos pues que mientras los padres hacen un reconocimiento de la brevedad o cortedad del tiempo el adolescente debe prepararse para un futuro abierto donde el tiempo es ilimitado.

Si los adultos y los adolescentes no son capaces de entenderse y de acomodarse unos a otros pueden entonces quedar atrapado en el conflicto. Muchas veces los adultos hacen imposición de tareas a los adolescentes y crean conflictos que luego no saben manejar y tienen que ir en busca de ayuda.

Muchos padres tratan de retrasar el desarrollo de sus hijos adolescente o por el contrario le exigen comportamiento de adultos. De esta manera algunos padres de familia en la transición de la vida media pueden encontrar que el tiempo progresa demasiado rápido mientras que el joven percibe el tiempo moviéndose demasiado lento.

Existen 4 patrones de distorsión del tiempo maduracional que pueden ocurrir en una familia con adolescentes los cuales son:

1. Aquel que se presenta cuando los padres intentan retardar el ciclo de vida de sus hijos, mientras que el adolescente intenta acelerar su propio proceso.
2. Una familia donde ambos padres, hijos e hijas adolescentes consiste en retardar el proceso maduracional.
3. Padres e hijos intentan acelerar sus ciclos de vidas y terminan demasiado rápido con las tareas y la naturaleza de los lazo interpersonales propios de la familia nuclear.
4. Los padres intentan acelerar los eventos propios del ciclo de vida y los hijos muy ansiosos a cerca de la independencia y separación intentan retardar su propio crecimiento y desarrollo.

2.8. Desarrollo psicosocial.

La adolescencia suele caracterizarse como un tiempo de declinación de la influencia de los adultos, cuando los valores y las conductas de la gente

joven se van haciendo cada vez más distante. La distancia entre la generación más joven y la mayor, no es necesariamente grande. En realidad tiene valores y aspiraciones muy similares. Esto es totalmente cierto cuando se compara con sus propios padres.

En realidad, cada generación tiene su perspectiva generacional propia que la distingue.

Los adolescentes corren el riesgo al creer que sus padres son limitados. Esta divergencia sucede por una buena razón, ya que la evolución humana requiere que los adolescentes se liberen de las restricciones que imponen los padres. Como ya vimos, la búsqueda de una autonomía inevitable parece producir choques.

El conflicto entre padres y adolescente. El deseo de independencia del joven choca con la actitud de los padres acostumbrados a ejercer el control. El alcance del conflicto depende de muchos factores, entre lo que encontramos la edad y sexo del adolescente y el contexto cultural.

Este tipo de conflicto, surge por lo común en la adolescencia temprana. Las riñas se produce en relación con los hábitos de la vida cotidiana. Ejerciendo más presión en las chicas y ellas también se acomodan más a las opiniones de los padres.

Los adolescentes creen que deberían disponer de los privilegios de los adultos mucho antes, y más ampliamente, que cuando sus padres eran adolescentes.

Son pocos los padres que pueden resistir a formular un comentario crítico. En general, las riñas alcanzan su máximo expresión en la adolescencia temprana y media; se vuelven menos conflictivas a medida que los padres conceden más autonomía.

Una valoración étnica respecto del momento de la adolescencia en que produce el conflicto entre padres e hijos. Debemos tener en cuenta también culturas fomentan la dependencia en los niños.

Estas variaciones resultan muy interesantes y lo que queremos destacar es que la falta de límites no es beneficiosa para los adolescentes, pero tampoco es positiva la restricción absoluta. Si el conflicto llega a un punto en que el adolescente se convierte en un desastre fuera de control y lo echan de casa, es probable que el problema continúe en forma de suicidio, relaciones sexuales indiscriminadas, abuso de drogas y violencia.

Incapaz de encontrar el equilibrio adecuado para tratar con una persona joven que está tan desarrollada y parece casi tan madura como las propias madre.

2.9. Etapas del desarrollo

2.9.1. Desarrollo Cognoscitivo:

La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia.

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas.

Es también la edad de los ideales. El ideal es un sistema de valores al cual tiende por su extraordinaria importancia. El adolescente descubre estos valores y trata de conquistarlos para sí y para los demás. Aunque este hecho no afecta a todos los adolescentes. Depende de la formación recibida.

2.9.2. Desarrollo motivacional:

Según Schneider, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos:

- Necesidad de seguridad: Se funda en un sentimiento de certeza en el mundo interno (estima de sí, de sus habilidades, de su valor intrínseco, de su equilibrio emocional, de su integridad física) y externo (económica, su status en la familia y en el grupo). El adolescente puede sufrir inseguridad por los cambios fisiológicos, la incoherencia emotiva o por la falta de confianza en los propios juicios y decisiones.
- Necesidad de independencia: Más que una existencia separada y suficiencia económica, significa, sobre todo, independencia emocional, intelectual, volitiva y libertad de acción. Se trata de una afirmación de sí.
- Necesidad de experiencia: Fruto del desarrollo y la maduración que en todos sus aspectos son dependientes de la experiencia. Este deseo de experiencia se manifiesta claramente en las actividades "vicarias" (TV, radio, conversación, cine, lecturas, juegos, deportes). Por esto mismo se meten en actividades poco recomendables: alcohol, drogas, etc.
- Necesidad de integración (de identidad): Que es un deseo inviolable y de valor personal.
- Necesidad de afecto: Sentir y demostrar ternura, admiración, aprobación).

2.9.3. Desarrollo afectivo:

Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la

vida del adolescente y su originalidad.

La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad. Mil cosas hay ante las que ayer permanecía indiferente y, hoy, patentizará su afectividad. Las circunstancias del adolescente, como la dependencia de la escuela, del hogar, le obligan a rechazar hacia el interior las emociones que le dominan. De ahí la viveza de su sensibilidad: al menor reproche se le verá frecuentemente rebelde, colérico. Por el contrario, una manifestación de simpatía, un cumplido que recibe, le pondrán radiante, entusiasmado, gozoso. El adolescente es variado en su humor.

2.9.4. Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar:

- A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales.
- Este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad.
- Mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social
- Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En este proceso de socialización encontramos en el adolescente una serie de oscilaciones tales como:

- Oscilación entre excitación y depresión: trabajo y ocio, buen humor y llanto.
- Oscilación entre sociabilidad e insociabilidad: delicados e hirientes, tratables e intratables.

- Oscilaciones entre confianza y desconfianza de sí mismos.
- Oscilaciones entre vida heroica y sensualidad.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas.

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo; y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

2.9.5. Desarrollo sexual:

La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico - fisiológico, sino también socio – cultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual.

Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. La tensión sexual que tiene todo adolescente es el resultado de tres tipos de estimulantes que operan de forma compleja: La acción de mundo exterior, la influencia de la vida psíquica y la acción del organismo.

En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico.

2.9.6. Desarrollo Moral:

La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales. Hay algunos valores morales que ellos prefieren por ser más brillantes, más nobles y porque exigen un don de sí más absoluto.

- El sentido del honor: sentimiento de la nobleza y de la dignidad del hombre frente al hombre.
- La sinceridad, signo de una personalidad que se afirma.
- La valentía, motor de muchos actos.
- La lealtad.

2.9.7. Desarrollo Religioso:

En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente.

El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás.

CAPITULO III

CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE

3.1. En Países Desarrollados

En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Asimismo el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales. Debe advertirse que la correlación no implica causalidad.

3.2. Abusos sexuales

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario.

En la mayoría de países, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto no están toleradas por ley, así un menor de edad se cree que carece

de la madurez y la competencia para tomar una decisión informada para tener relaciones sexuales totalmente consentidas con un adulto. En esos países, las relaciones sexuales con un menor de edad se consideran abuso sexual a menores.

3.3. Violencia durante el noviazgo

Diversos estudios han indicado que las adolescentes son a menudo víctimas de maltrato por el novio, concretamente en el momento de la concepción. También los estudios señalan que el conocimiento del embarazo por parte del padre a menudo intensifica el comportamiento violento por parte del novio. Las menores de 18 años tienen el doble de probabilidades de ser golpeadas y maltratadas por el padre de sus hijos que las mujeres mayores de 18 años. (FERREIRA, 1992)

3.4. Violencia doméstica

Un estudio del Reino Unido mostró que el 70% de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia había sufrido violencia en el hogar de los adolescentes.

Resultados similares se han encontrado en los estudios en los Estados Unidos. Un estudio del estado de Washington que un 70% de las madres adolescentes habían sido golpeadas por sus novios, el 51% había experimentado intentos de sabotaje para usar el control de la natalidad en el último año, y la escuela experimentó un 21% o sabotear el trabajo.

En un estudio en 379 adolescentes embarazadas y los respectivos padres y 95 adolescentes sin hijos, mostró que el 62% de las niñas de 11-15 años y el 56% de las chicas de 16-19 años admitieron haber sufrido violencia

doméstica a manos de sus parejas. Por otra parte, el 51% de las chicas indicaron haber sufrido al menos un caso en que su novio intentó sabotear sus esfuerzos por usar métodos anticonceptivos.

3.5. Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia. Diversos estudios también han encontrado que aquellos niños criados en hogares con un madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, era más propensos a dejar embarazada a una chica.

También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia. Las niñas tuteladas, criadas en orfanatos, hospicios y centros de acogida son más propensas a quedar embarazadas en la adolescencia que los criados en núcleos familiares.

3.6. Medidas preventivas de embarazos precoces

Prevención primaria: es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes; puede

intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes. (Díaz, 2010)

También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad.

La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser concebido de forma distinta según el grupo. A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico.

Prevención secundaria: acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado. Este supone cuando el embarazo ya se ha iniciado la continuación del embarazo hasta su término. Se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre; preparar el nacimiento; aportar una ayuda a las familias de los jóvenes padres, al mismo joven padre si se conoce y está decidido asumir su paternidad.

Prevención terciaria: consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias. En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y de sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados

En el nivel de prevención primaria son sumamente importante medidas educativas a nivel sexual, como ya se menciono, para lo cual es necesario tener en cuenta que los profesionales encargados de esta formación cumplan con las siguientes características:

- Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.
- Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.
- Que tenga un enfoque integrativo (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.
- Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que haga énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.
- Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente (con las excepciones indicadas en la Ley de Ejercicio Médico y Código de Ética Médica).
- Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.

CAPITULO IV

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

4.1. Generalidades

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) El período del embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

4.2. Embarazo según la edad gestacional

La edad gestacional hace referencia al tiempo transcurrido desde la FUM o fecha de última menstruación al día del cálculo. Un embarazo normal tiene una duración de 280 días o 40 semanas o 9 meses o 10 meses

lunares. El seguimiento del embarazo puede realizarse mediante el cálculo de la semana de gestación. Por ejemplo, una mujer que cursa la semana 9 de embarazo significa que pasaron 9 semanas a partir de la fecha de última menstruación o FUM.

También podría decirse que se encuentra de 2 meses de embarazo pero esta forma de determinarlo es un poco más imprecisa porque abarca periodos de tiempo más largos. Si bien es sabido que el embrión o feto realiza muchos cambios en pocos días cada uno de los métodos de medición del embarazo posee ventajas y desventajas.

4.3. Fisiología

Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad

densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

4.4. Cambios fisiológicos durante el embarazo

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición

llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento.

La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo.

La tasa o índice de filtrado glomerular y la perfusión del riñón aumentan a expensas del aumento del gasto cardíaco y la vasodilatación renal. Ello causa un leve aumento de los valores de creatinina en sangre por disminución del aclaramiento de creatinina e igualmente de nitrógeno ureico. La disminución de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre materna causa un aumento en la excreción renal de bicarbonato.

4.5. ETAPAS DEL EMBARAZO

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. (Ver anexo 2)

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación *in vitro*, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad aproximadamente después de la semana 25 que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.

4.6. Embarazos en adolescentes

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se producen en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.

La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen.

4.7. Principales factores que intervienen en los embarazos no deseados: Inicio precoz en la actividad sexual.

Causas familiares: familias desintegradas, puede darse el caso de que sean hijas de madres adolescentes.

Factores socioculturales: escasos recursos económicos, baja escolaridad. Falta de madurez, falta de compromiso con sus responsabilidades.

No utilizan métodos anticonceptivos: La primera relación sexual generalmente no es planeada, es espontánea y por consiguiente no se cuenta con los anticonceptivos.

Falta de educación sexual: Temor de acudir a consultas o pláticas relacionadas con el tema por si sus papas se enteran.

4.8. Determinación de la adolescencia y el embarazo adolescente

La edad media del período de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse, con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada.

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos.

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. Y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.

Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un

orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

4.9. Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

4.10. Consecuencias de un embarazo precoz

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preclampsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayor probabilidad de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

Las muchachas embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar periodos de desempleo o menor salario.

En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados.

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales.

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han

de tomar; es vacío afectivo; etc.

4.11. Riesgos Del Embarazo Precoz

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación social de rechazo.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

4.12. Riesgos Biologicos

4.12.1. Complicaciones obstétricas.

Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.

- Anemia.
- Desproporción cefalopelvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.

- Muerte.
- Abortos provocados y sus complicaciones.
- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Aumento de la morbimortalidad infantil
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Enfermedades congénitas

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 y 18 años. El embarazo y la maternidad representan un reto para el desarrollo de la personalidad de las mujeres, al cual se suma el de la adolescencia, lo cual puede generar situaciones adversas para la salud de la adolescente y la de su hijo.

Entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes: La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indica que se ha completado el crecimiento del canal del parto. La pelvis ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

Se ha señalado que hay una incidencia mayor de toxemia, anemia, desproporción fetopelvica, parto prematuro, mortalidad materna y mortalidad perinatal, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial.

4.12.2. Factores del riesgo para el niño

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro, muerte fetal y mortalidad perinatal. Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con un cuidado y una nutrición prenatal.

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de rehospitalizaciones, problemas de desarrollo y de conducta. Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicológico emocional. Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo. También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede

estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educativas, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

4.13. Complicaciones Más Frecuente En El Embarazo

4.13.1. Anemia

El estado de anemia ya existente no es obstáculo para el embarazo: un 20% de las mujeres pueden estar algo anémicas antes de concebir. La forma más común de anemia se debe a la pérdida de sangre durante la menstruación, y es una anemia por deficiencia de hierro (cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 12,8 g/100 ml de sangre). Antes de concebir sería conveniente consultar al médico, quien podrá corregir fácilmente la anemia por deficiencia de hierro con un tratamiento específico. También podrá aumentar la ingestión de alimentos ricos en hierro.

4.13.2. Hemorragia preparto

Antes de las 24 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después, el feto se considera viable, es decir que podría sobrevivir fuera del útero materno. La hemorragia tras las 24 semanas se conoce como hemorragia preparto, y las dos causas principales proceden de la placenta.

4.13.3. Desprendimiento de placenta

Si la placenta se desprende del útero, se producirá hemorragia. La sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero, y va acompañado de dolor intenso y contracciones uterinas. Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en peligro la vida tanto de la madre como la del feto y solo en casos muy especiales no termina en cesárea de urgencia.

4.13.4. Placenta previa

Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la pared del útero, se denomina placenta previa. Si se encuentra total o parcialmente sobre el cuello uterino, puede resultar peligrosa durante el parto, al provocar hemorragia e interrumpir la circulación sanguínea del feto.

El problema se detecta con ultrasonido. Si se produce hemorragia, la ingresarán en el hospital y el niño nacerá mediante cesárea.

4.13.5. Diabetes

Si la embarazada tiene diabetes mellitus debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedarse embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posibles.

Es probable que necesite una mayor cantidad de insulina durante el embarazo por lo cual debe realizarse un seguimiento médico estricto, para el seguimiento del bienestar fetal, monitoreo de los niveles de glicemia y manejo dietético.

Hay mujeres a quienes se les diagnostica diabetes mellitus gestacional, un tipo de diabetes que se desarrolla sólo durante el embarazo y que suele desaparecer poco después del parto. Los riesgos de este tipo de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente.

La complicación principal en los hijos de madres con diabetes gestacional es la macrosomía fetal (niños con peso mayor de 4 kilos)

4.13.6. Embarazo ectópico

El *embarazo ectópico* se desarrolla fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio, pero puede ser también en los ovarios, en el cuello uterino, o en órganos intraabdominales. Puede provocar dolor abdominal por el crecimiento del embrión en la trompa o por una hemorragia abdominal interna. Desgraciadamente, es difícil diagnosticar un embarazo ectópico y todavía hay mujeres que mueren como consecuencia de ello.

Hay una serie de condicionantes que favorecen el aumento de riesgo de padecer embarazos ectópicos. Entre ellos, una historia anterior de infección pélvica, el uso de un dispositivo intrauterino contraceptivo (aunque no la espiral de Mirena) y un embarazo ectópico previo.

Las mujeres que reúnan alguno de los condicionantes referidos son controladas de inmediato en un centro maternal para asegurarse de que el desarrollo del embarazo es normal. El embarazo ectópico debe ser tratado mediante cirugía o con un fármaco.

Las operaciones consisten en cirugía laparoscópica o abierta, dependiendo de las circunstancias y de las condiciones de la madre, y suelen conllevar la extirpación de la trompa afectada. Suelen causar una reducción de la fertilidad.

4.13.7. Cardiopatía

La mayoría de las mujeres con problemas cardiológicos llevan un embarazo perfecto, aunque a veces deban recurrir a los antibióticos para proteger sus arterias en el momento de dar a luz. Si padece alguna cardiopatía importante, el cardiólogo se encargará de comunicárselo.

Las mujeres con marcapasos, un trasplante de corazón y otra operación coronaria pueden llevar un embarazo seguro y normal. Las que presenten anomalías musculares deben consultarlo antes de quedarse embarazadas.

4.13.8. Hipertensión

Hipertensión gestacional, es la aparición de hipertensión por encima de 140/90 mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo. Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación.

Posiblemente requiera cambio de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales.

Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto.

Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido.

4.13.8.1. Hipertensión arterial crónica o previa al embarazo

Este tipo de hipertensión aparece antes de las 20 semanas de gestación y es más frecuente en mujeres multíparas (con varios partos previos). Se caracteriza por presentar cifras tensionales moderadas o severas y puede presentar o no aumento en los valores de ácido úrico en sangre.

No es frecuente que presente convulsiones y puede tener o no asociación con daño renal. En cambio no produce daño hepático y no presenta trombocitopenia (disminución en el recuento de plaquetas).

4.13.8.2. Hipertensión arterial inducida por el embarazo o preeclampsia

La preeclampsia se caracteriza por aparecer después de las 20 semanas de gestación y por ser más frecuente en mujeres primigestas (primer embarazo). Las cifras de presión arterial son moderadas o severas. Además presenta aumento en el ácido úrico en sangre y puede complicarse con convulsiones como en el caso de la eclampsia o también por el Síndrome HELLP.

Asimismo puede presentar daño renal y daño hepático, como también asociarse frecuentemente con trombocitopenia (disminución de las plaquetas en sangre).

4.13.8.3. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobre agregada

Aparece antes de las 20 semanas de gestación con más frecuencia en mujeres multíparas y se caracteriza por producir hipertensión arterial severa y aumento del ácido úrico en sangre. Este cuadro hipertensivo es peligroso

ya que puede presentar convulsiones, daño renal y daño hepático, como también trombocitopenia (disminución en las plaquetas).

4.13.8.4. Hipertensión arterial transitoria o hipertensión gestacional

La hipertensión arterial transitoria o gestacional aparece después de las 36 semanas de gestación tanto en mujeres primigestas como multíparas. La hipertensión en general es moderada y no presenta aumento en los niveles de ácido úrico. No es frecuente que se asocie con convulsiones y no presenta daño renal, ni hepático, ni trombocitopenia (disminución de las plaquetas en sangre).

4.13.9. Preeclampsia

La preeclampsia, o toxemia gravídica, es una enfermedad propia del embarazo que puede afectar del 5% al 8% de las mujeres embarazadas. El diagnóstico de preeclampsia se establece cuando aparecen hipertensión arterial, edemas (retención de líquidos) junto a proteínas en la orina luego de las 20 semanas de gestación, en el momento del parto o incluso después del nacimiento.

Con menos frecuencia, la preeclampsia aparece antes de las 20 semanas de embarazo, como en los casos de enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) o síndrome antifosfolipídico (trombofilias).

La preeclampsia puede ser leve, moderada o severa, dependiendo de las cifras de presión arterial y pérdida de proteínas en la orina y su progresión puede ser muy lenta o aparecer bruscamente al final del embarazo. La enfermedad se soluciona con el nacimiento, que deberá programarse basándose en la edad gestacional y el estado de salud

materno-fetal.

4.13.9.1. Consecuencias de la preeclampsia en la salud materna y en la del bebé.

Cuanto más precoz sea la aparición de la preeclampsia, mayores serán los riesgos de la madre y del bebé.

En la mayoría de los casos la preeclampsia aparece en las últimas semanas del embarazo y con un adecuado control médico obstétrico, reposo, dieta sana y supervisión de la salud del bebé, no hay riesgos importantes para la salud de la madre y el bebé.

En los casos de preeclampsia severa, hay riesgos de afectación en órganos importantes maternos y alteraciones placentarias que pueden tener consecuencias importantes tanto en la madre como en la salud del bebé, incluso riesgos en la vida de ambos. Por esta razón, en casos de preeclampsia severa se aconseja el nacimiento lo más pronto posible, incluso corriendo riesgos de prematuridad importante en el recién nacido.

La preeclampsia se asocia a una vasoconstricción arterial, lo que provoca una disminución en la llegada de sangre a órganos maternos importantes como los riñones, hígado, cerebro y también la placenta.

Como consecuencia hay una disminución de la llegada de alimentos y oxígeno al bebé que le impide un crecimiento intrauterino adecuado, favorece una disminución en el volumen de líquido amniótico, y en casos extremos puede ser causa de un desprendimiento prematuro de placenta, asociado a numerosos riesgos en la salud del bebé.

La retención de líquidos o edema asociada a la preeclampsia se debe a la disminución de proteínas en la sangre y a alteraciones en los vasos capilares, que permite la salida de líquidos a los tejidos y también la eliminación de proteínas por la orina.

Afortunadamente muy pocas veces la preeclampsia provoca

convulsiones en los casos más severos con altísimo riesgo en la salud de la madre o el bebé.

4.13.10. Eclampsia

Se denomina eclampsia a la aparición de contracciones musculares bruscas y repetitivas en todo el cuerpo (convulsiones tónico-clónicas) y/o coma en una mujer embarazada con enfermedad hipertensiva y sin antecedentes neurológicos previos. (Vorvick, 2008)

Su diagnóstico es más frecuente en mujeres que presentan hipertensión arterial inducida por el embarazo (preeclampsia). Tiene una frecuencia de 3 cada 1000 partos. Esta incidencia se encuentra en disminución debido a la mejora en la calidad de los controles prenatales y al diagnóstico precoz de preeclampsia.

La eclampsia puede presentarse antes del parto en el 44% de los casos, durante el parto en el 33% o en el postparto en el 23% de los casos. Es una de las complicaciones más graves que puede aparecer en una mujer embarazada y requiere internación inmediata en sala de cuidados intensivos, con canalización vascular e intubación traqueal para mantener una vía respiratoria adecuada.

¿Por qué se produce? No se conoce el mecanismo final que provoca esta complicación, pero está relacionado con alteraciones en las arterias cerebrales (daño en el endotelio vascular), con espasmo arterial, edema e isquemia (falta de oxigenación del tejido cerebral).

4.13.11. Síndrome de HELLP

Es una complicación severa de la preeclampsia, que puede

presentarse hasta en el 20% de las embarazadas que presenten esta enfermedad. (Macchi, 2001)

La sigla HELLP proviene del inglés y significa: Hemolisis (destrucción de los glóbulos rojos), Liver Enzymes (aumento de las enzimas hepáticas transaminasas), Low Platelets (disminución de las plaquetas sanguíneas, responsables del proceso de coagulación de la sangre). Esta enfermedad se manifiesta en una mujer embarazada con preeclampsia severa.

Síntomas: Los síntomas previos a la aparición de esta complicación pueden ser variados, entre ellos se destacan, malestar general, dolor en la parte superior derecha del abdomen (hipocondrio derecho), en la boca del estómago (epicondrio), coloración amarillenta de la piel (ictericia provocada por el aumento de la bilirubina y enzimas hepáticas), tendencia a las hemorragias de piel y mucosas (de la boca, nariz o hematomas en la piel) o hematuria (sangre en la orina).

Forma de diagnóstico: El diagnóstico se basa en el examen físico de la mujer embarazada y en los resultados de laboratorio en sangre: Hemolisis, aumento de los niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas GOT, LDH, y disminución en el recuento de plaquetas.

Esta enfermedad se caracteriza por derivar a complicaciones más severas en la madre y el feto como coagulación intravascular diseminada en aproximadamente el 20% de los casos, desprendimiento (abruptio placentae) en el 15%, con alto riesgo de mortalidad fetal, insuficiencia renal aguda en el 5% y edema pulmonar en el 5% de los casos. Estas complicaciones se asocian con una alta mortalidad fetal/neonatal de casi el 15% de los nacimientos y una mortalidad materna de aproximadamente el 3%.

CAPÍTULO V

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

5.1. Profesión de Enfermería

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo. (Edison Alexander Echeverri*, 2009)

5.2. Los Cuidados de Enfermería

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social, y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un Intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

En esta interacción con el sujeto cuidado, individuo y colectivos, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

Entender el cuidado desde este punto de vista, planteado por la teoría de desarrollo humano, remite a reflexionar sobre los conceptos de ser humano, de salud y de necesidad, en los que la enfermería ha fundamentado parte de su saber y su quehacer. Pensar la dimensión del cuidado a los colectivos desde una perspectiva amplia y positiva, abre la posibilidad de orientar el cuidado hacia el desarrollo humano entendido como "el proceso de construcción de los sujetos individuales y colectivos, dentro de unas condiciones históricas y culturales específicas ser sujeto significa tener conciencia de sí, de sus acciones, sus características y circunstancias".

El sujeto adquiere conciencia de sí mismo y del mundo que lo rodea para transformarlo. Desde esta perspectiva, se debe reconocer al ser humano en su dimensión individual y colectiva, como un ser único y una totalidad, una unidad en la que se integran lo afectivo, lo racional, lo natural y lo cultural, definiéndolo esencialmente como un ser sensible y transformador.

Un ser que inicia su individualidad en la colectividad y en la convivencia, que experimenta los procesos de diferenciación, individuación y socialización, a partir de los cuales construye su identidad y el mundo personal. Un ser que requiere la comunicación e interacción permanente con el medio natural, sociocultural e histórico que lo rodea para ser con otros, para asumir un pensamiento y una acción en torno al mundo de la vida, y para ocupar un espacio con sentido de pertenencia en la realidad cotidiana.

5.3. Etapas Del Proceso De Cuidados De Enfermería

Orem describe tres etapas del proceso de cuidados de enfermería.

1. La primera etapa implica el diagnóstico de enfermería, esto es, determinar la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más

convenientes.

2. La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.
3. La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado.

En consecuencia, los candidatos a la atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. Orem dice: "La base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado" (Orem, 1980).

5.4. Sistemas de Actividades de Enfermería

Orem identifica tres sistemas de actividades de enfermería para satisfacer los requisitos de cuidados personales, conforme a la medida que se ven perturbados, a saber, los sistemas de compensación total, compensación parcial y de apoyo educativo para el desarrollo.

El sistema de compensación total. En este sistema la enfermera realiza todas las necesidades del enfermo ya que éste se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera le ayuda actuando en lugar de él.

El sistema de compensación parcial. En este sistema tanto el enfermo como la enfermera participan en las acciones de autocuidados terapéuticos. La responsabilidad principal en la ejecución de estas acciones puede corresponder a la enfermera o al paciente, según las limitaciones de éste,

sus conocimientos y aptitudes, y disposición hacia la realización de tales actividades.

El sistema educativo y de apoyo. Este sistema se usa cuando el enfermo es capaz de atender (o aprender la forma de hacerlo) su cuidado personal pero necesita ayuda, consistente en apoyo moral y emocional, orientación e instrucción.

5.5. Cuidados de Enfermería a las Gestantes con Problemas de Hipertensión Arterial. Cuidados inmediatos de enfermería:

Durante la convulsión: evitar traumatismo, mordedura de lengua y mantener la permeabilidad de la vía aérea.

Oxigenación y aspiración de secreciones.

Toma de constantes vitales.

Sondaje vesical.

Fluido terapia y extracción de muestras para analítica según pauta médica.

Tratamiento Obstétrico:

- Prevenir las complicaciones maternas.
- Disminuir los riesgos fetales mejorando el intercambio útero-placentario.
- Finalizar gestación, si viabilidad fetal.

Eclampsia: cuadro convulsivo tónico-clónico.

50% anteparto; 50% intraparto en puerperio inmediato.

•Signos Prodrómicos

- Náuseas y vómitos.
- Dolor epigástrico.
- Cefalea que no cede.
- Vértigo
- Trastornos visuales
- Hiper-reflexia.

•Periodos.

- Tónico: 10-20sg, Contractura Tónica, Apnea, Cianosis.
- Clónico: 1-2 min, espasmos, alternancia contracción-relajación.
- Coma: duración variable.

Preeclampsia Leve:

- T. Art. $\geq 140/90$.
- Edemas en cara, manos: no desaparece con el reposo.
(Pretibialno valorable).
- Rápido aumento del peso.
- Proteinuria= $2\text{gr}/24\text{h}$ (aparición tardía empeora el pronóstico).

Preeclampsia Grave:

- T. Art. $\geq 160/110$.
- Cefalea.

- Edemas
- aumento de peso.
- Oliguria (<400ml/24h).
- Proteinuria (>2gr/24h).

Criterios de Hipertensión Durante El Embarazo:

- T. Art. Sistólica \geq de 140 mmHg.
- T. Art. Diastólica \geq de 90 mmHg.
- La T. Art. Diastólica elevada, es de mayor valor pronóstico.

•Clínica: aparición progresiva de la triada de signos clínicos:

- Hipertensión.
- Proteinuria
- Edemas.

Efectos sobre la Madre:

- Afectación renal.
- Afectación cardíaca.
- Lesión en fondo de ojo.
- Abruptioplacentae.
- Eclampsia.

•Efectos sobre el Feto:

- Disminución del intercambio útero

–Placentario

5.6. Recomendaciones.

Colabore con su profesional de salud para bajar su presión arterial.

- Si el bajar de peso puede ayudarle a controlar su presión arterial, usted puede hacer una dieta y ejercicio para ayudarla a llegar a su meta.
- Tómese su medicamento para la presión arterial como prescrito.
- Deje de fumar. El fumar puede dañar las paredes de los vasos sanguíneos. Es muy peligroso para las personas con hipertensión.
- El fumar también puede causar daños en su bebé

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS / LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

El profesional de enfermería que proporciona la atención de enfermería en tocoquirúrgico con una guía de atención tendrá mejor rendimiento que el personal de enfermería que realiza la atención de enfermería en forma empírica.

6. MÉTODO.

La metodología a utilizar en esta investigación es:

A.- Descriptivo observacional

6.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DE MÉTODO.

Para realización de este proyecto la descripción y observación será por medio de encuestas la cual nos permite realizar este tipo de estudio, de una manera práctica, económica y sencilla.

6.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

6.2.1. Muestra selección de los participantes.

Universo

El personal profesional de enfermería y las auxiliares de enfermería que laboran en los tres turnos en el área tocoquirúrgico en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor es de:

10 Licenciadas de enfermería

25 Auxiliares de Enfermería

6.2.2. Técnicas de recogida de datos.

- Encuestas

6.2.3. Técnicas Y Modelos De Análisis De Datos

Se realiza por medio de encuestas y se podrá analizar por medio de cuadros estadísticos y gráficos que serán realizados en Excel

7. PRESENTACIÓN DE DATOS/ RESULTADOS.

ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Pregunta # 1

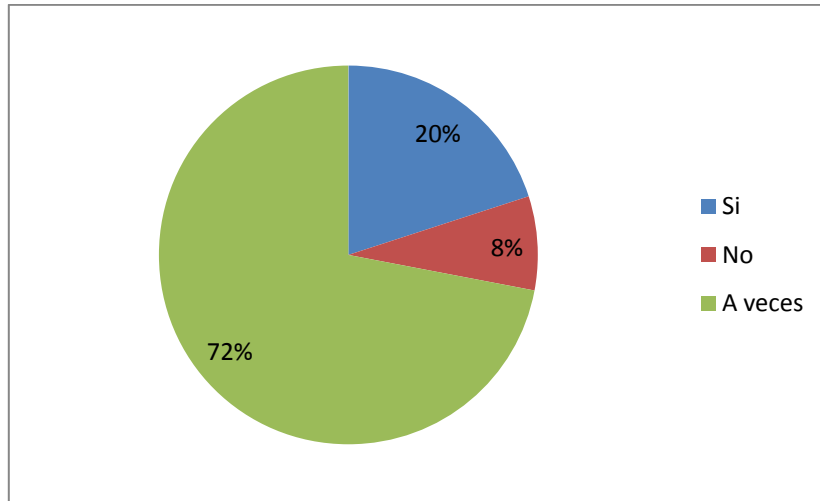
Crea un clima de confianza escuchando a la gestante cuando quiera exponer su problema de salud permitiendo la libre expresión de sentimientos y dudas sobre su enfermedad.

Tabla #1.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	5	20%
No	2	8%
A veces	18	72%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #1



FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

En el gráfico No. 1 se puede determinar que el 72% respondió que a veces crea un clima de confianza escuchando a la gestante y el menor porcentaje respondió no.

Pregunta #2

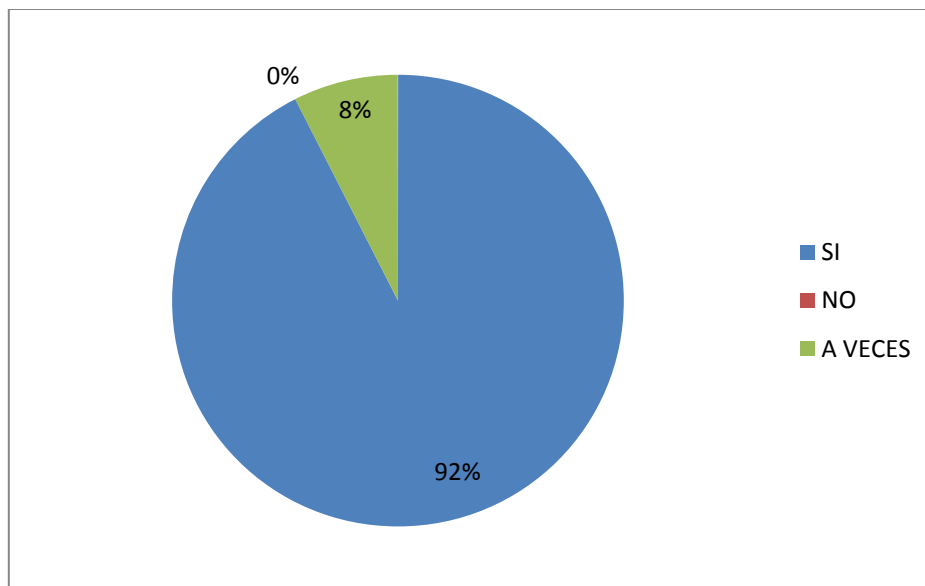
Brinda atención de salud integral en forma oportuna, continua y humana.

Tabla # 2.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	23	92
No	0	0
A veces	2	8
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 2.-



8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en el grafico No. 2 que el mayor porcentaje de las encuestadas que si brinda atención integral, en forma oportuna continua y humana, dijo sí, pero un grupo minoritario nos respondió a veces.

Pregunta# 3

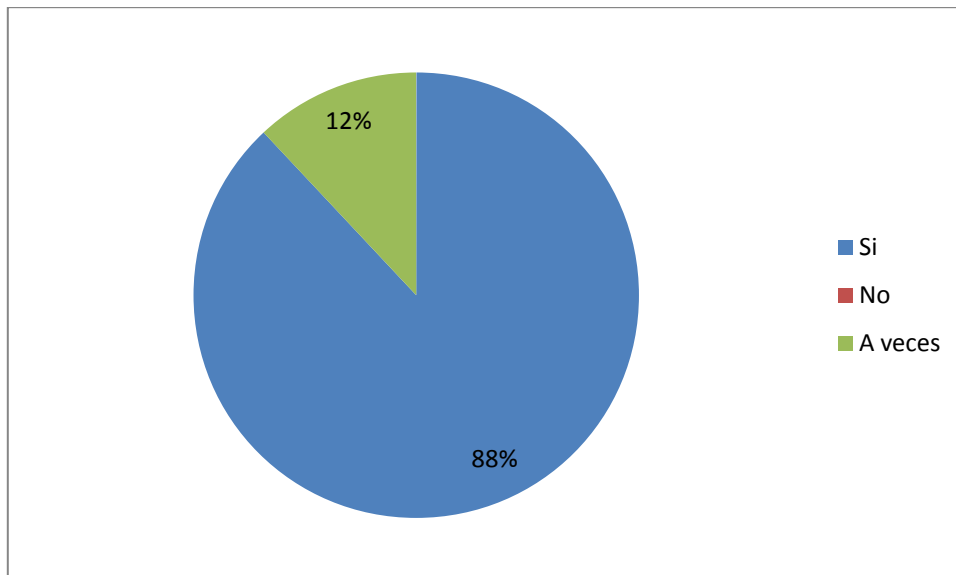
Participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preeclámpsica adolescente durante su urgencia.

Tabla #3.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	22	88%
No	0	0%
A veces	3	12%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 3.-



8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en el grafico No. 3 que el mayor porcentaje de las encuestadas sobre si participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preeclámpsica adolescente durante su hospitalización, dijo sí, pero un porcentaje minoritario nos respondió a veces.

Pregunta# 4

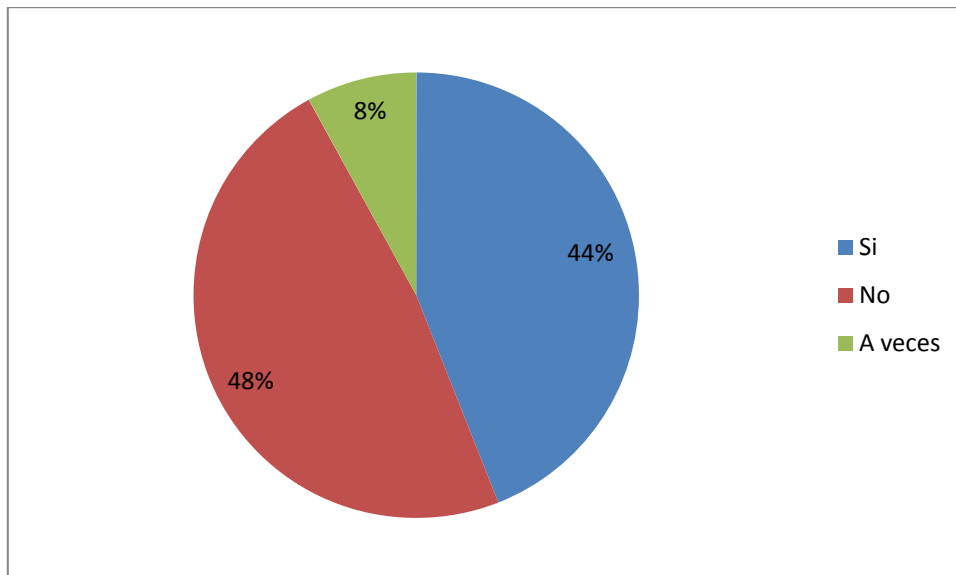
Realiza usted valoración cefalocaudal al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial.

Tabla # 4.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	11	44%
No	12	48%
A veces	2	8%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 4.-



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

En el grafico no. 4 que consulta sobre si realiza la valoración al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial el mayor porcentaje respondió no y el 44% que si y el 8% a veces.

Pregunta # 5

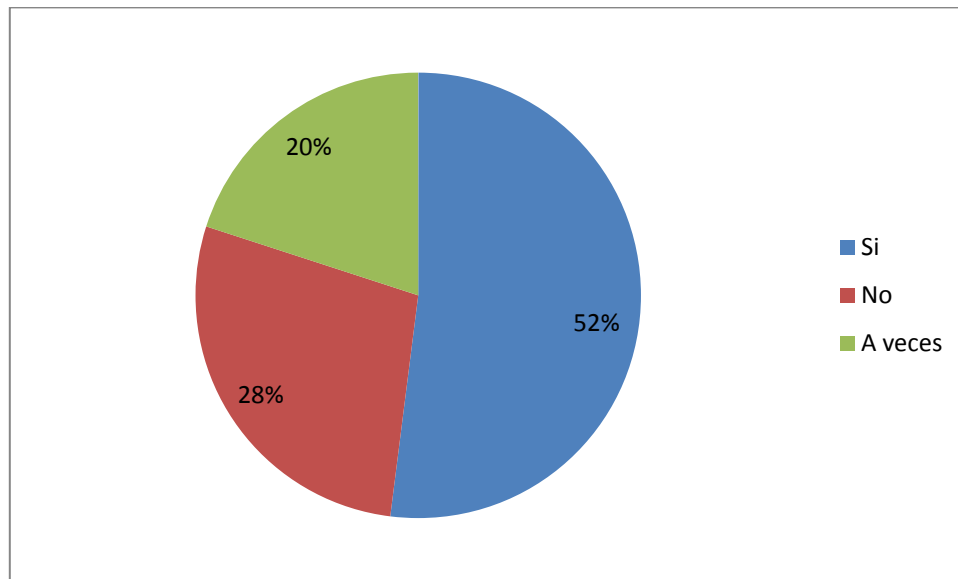
Valora las extremidades para detectar edema.

Tabla #5

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	13	52%
No	7	28%
A veces	5	20%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #5



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

En la gráfica No. 5 de si valora las extremidades para detectar edemas y de las encuestadas me contestaron el 52% si, el 28% no y el 20% a veces.

Pregunta #6

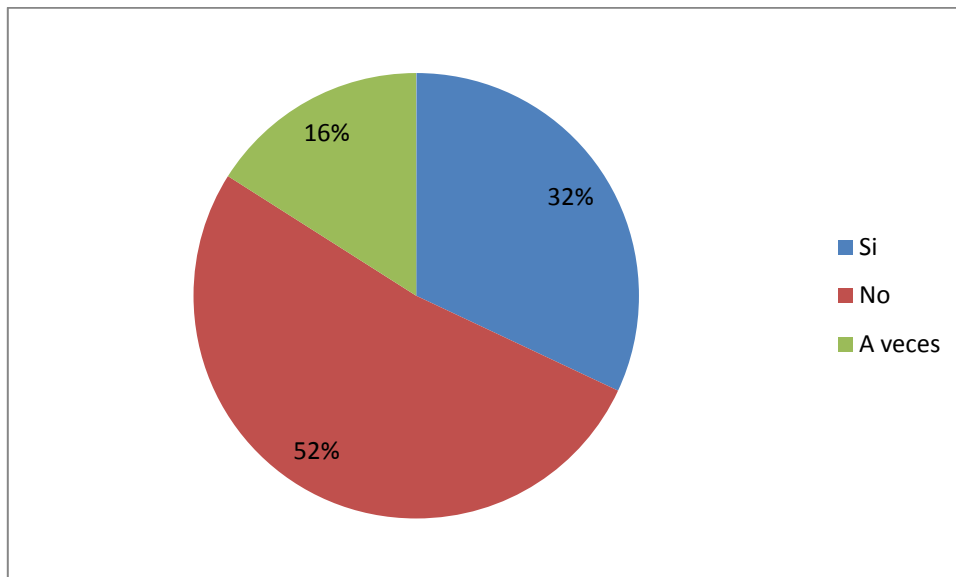
Valora las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales.

Tabla #6.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	8	32%
No	13	52%
A veces	4	16%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 6



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 6 sobre si valora las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales mayoritariamente, el 52% contestó no, el 32% respondió si y el 16% me dijo a veces.

Pregunta #7

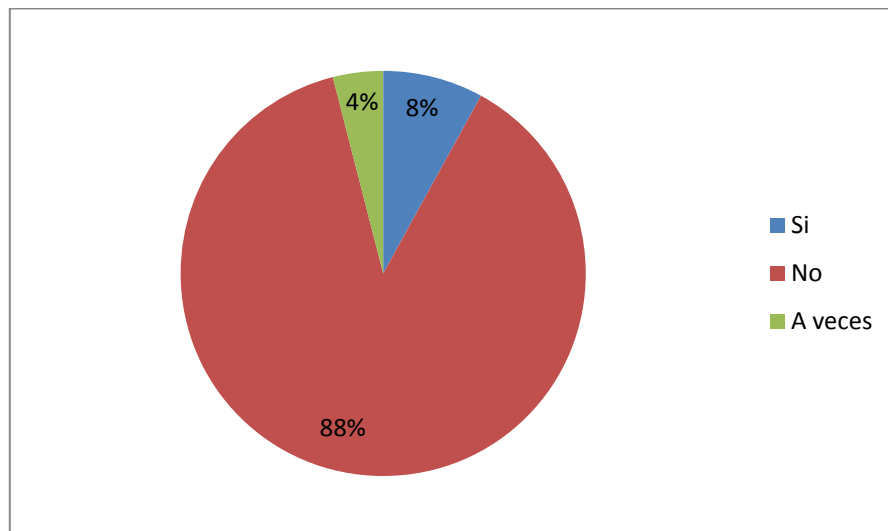
Valora el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción.

Tabla #7.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	2	8%
No	22	88%
A veces	1	4%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #7



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 7 de la encuesta al personal de enfermería ante la pregunta si valora el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción, contestaron el 88% no, el 8% si y el 4% a veces.

Pregunta # 8

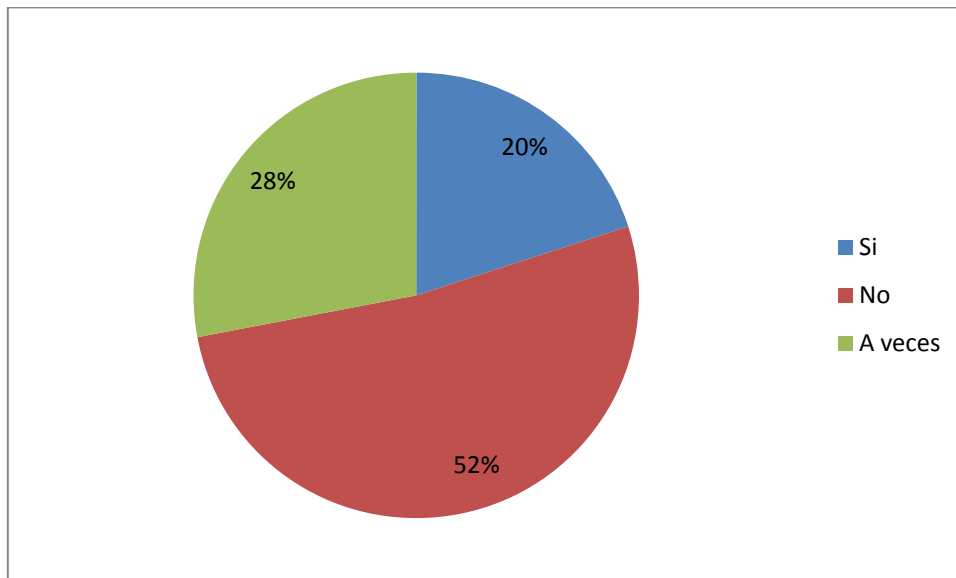
Realiza toma de presión arterial separada en intervalos de una hora en la gestante adolescente.

Tabla #8

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	5	20%
No	13	52%
A veces	7	28%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #8



8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de N° 8 referente a si realiza toma de presión arterial separada en intervalos de dos horas en la gestante adolescente el 52% dijo no, el 28% contestó a veces en tanto que el 20% dijo si.

Pregunta # 9

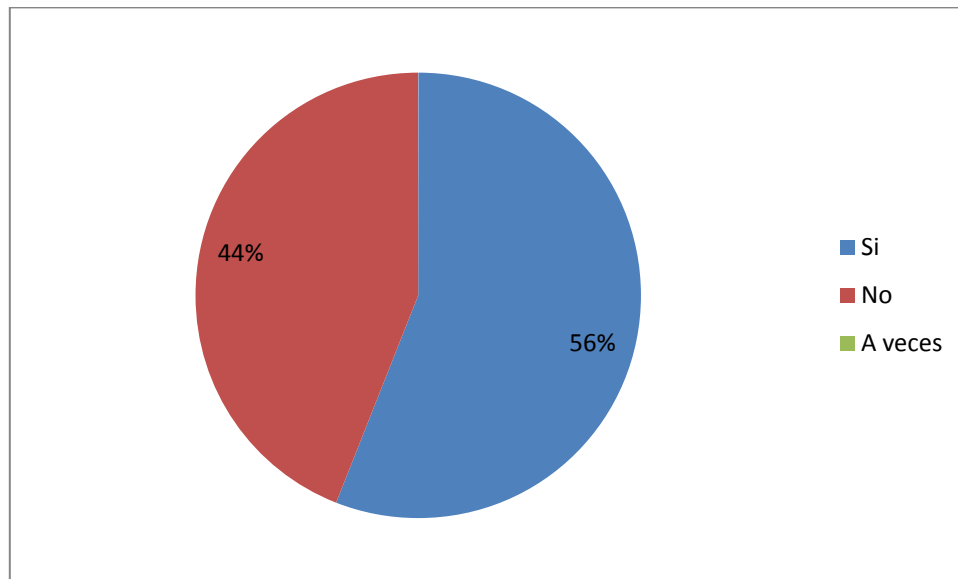
Sabe usted cómo prevenir las convulsiones.

Tabla #9.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	14	56%
No	11	44%
A veces	0	0%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 9



8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

En la gráfica No. 8 el 56% de las encuestadas contestó si sabe como prevenir las convulsiones, frente a 44% que no lo sabe.

Pregunta # 10

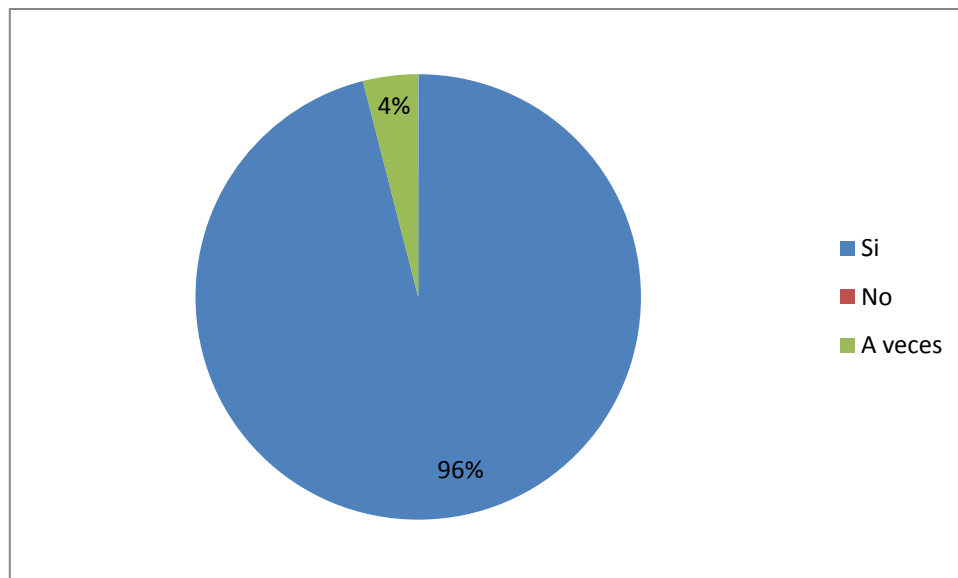
Mantiene las vías aéreas libres durante la convulsión.

Tabla #10.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	24	96%
No	0	0%
A veces	1	4%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #10



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de N°10 referente a si mantiene las vías aéreas libres durante la convulsión el porcentaje más alto del 96% contestó si, y el otro 4% a veces.

Pregunta # 11

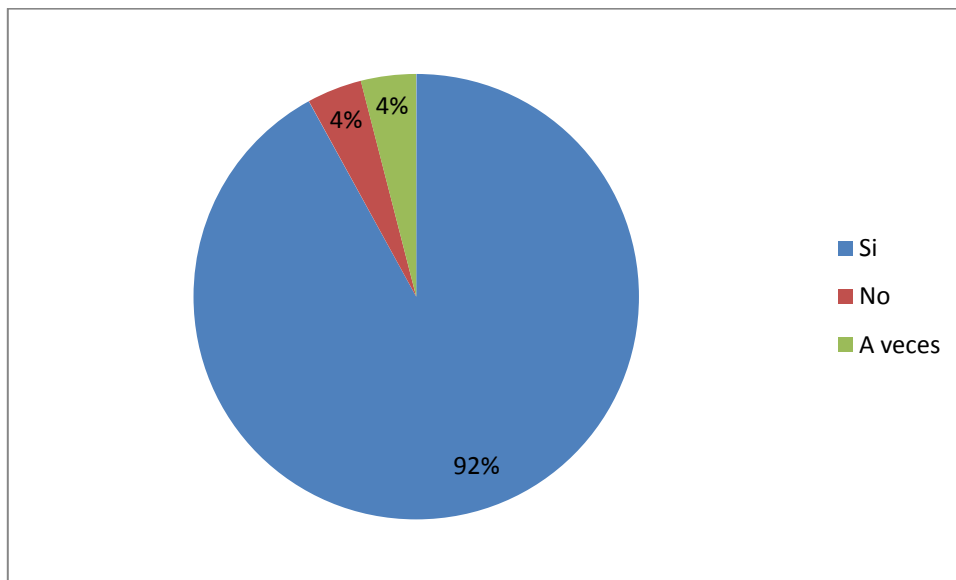
Coloca oxígeno por cánula nasal o mascarilla.

Tabla #11

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	23	92%
No	1	4%
A veces	1	4%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #11



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 11 referente a si coloca oxígeno por cánula nasal o mascarilla el 92% contestó si, el 4% no y el otro 4% a veces.

Pregunta # 12.

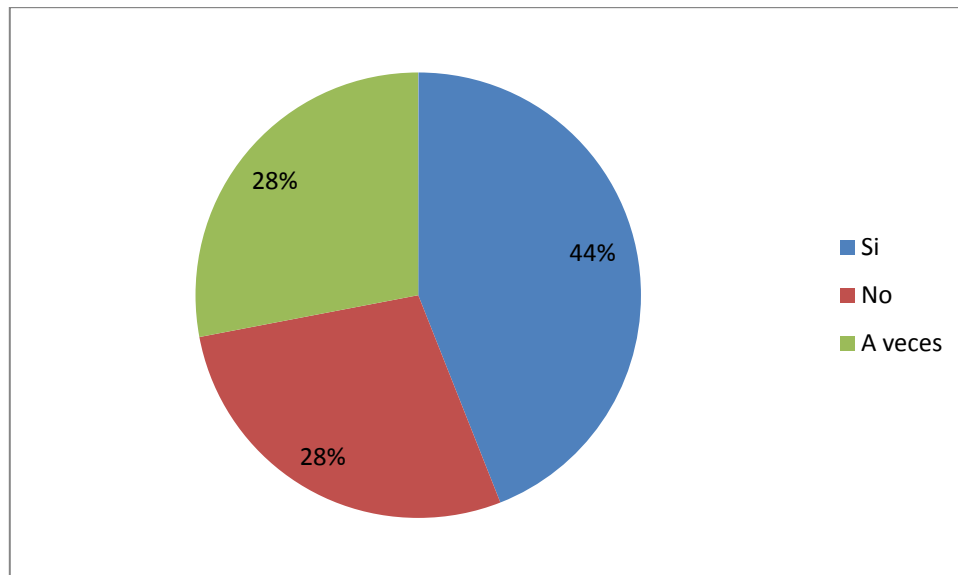
Sabe usted que medicamentos administrar a lo que ingresa una gestante adolescente ecláptica.

Tabla #12.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	11	44%
No	7	28%
A veces	7	28%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #12



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de N° 12, al consultarles si sabe que medicamentos administrar a lo que ingresa una gestante ecláptica, me contestaron el 44% si, el 28% no y el otro 28% a veces.

Pregunta #13

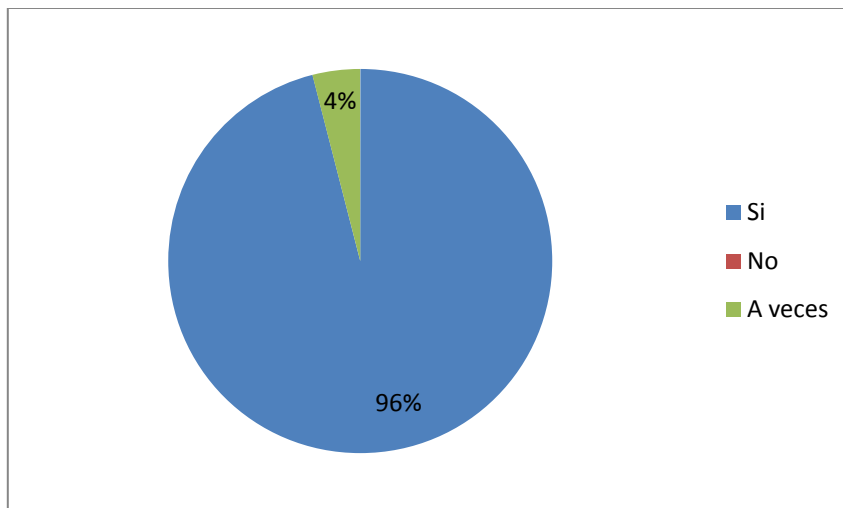
Proporcionar seguridad física: barandales laterales acolchonados, baja lengua, oxígeno y succión junto a la cama y tener equipo de urgencia accesible.

Tabla #13

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	24	96%
No	0	0%
A veces	1	4%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #13



8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de N° 13 al indagarles si proporciona seguridad física: barandales laterales acolchonados, baja lengua, oxígeno y succión junto a la cama y tener equipo de urgencia accesible me respondieron si el 96% y a veces el 4%.

Pregunta # 14

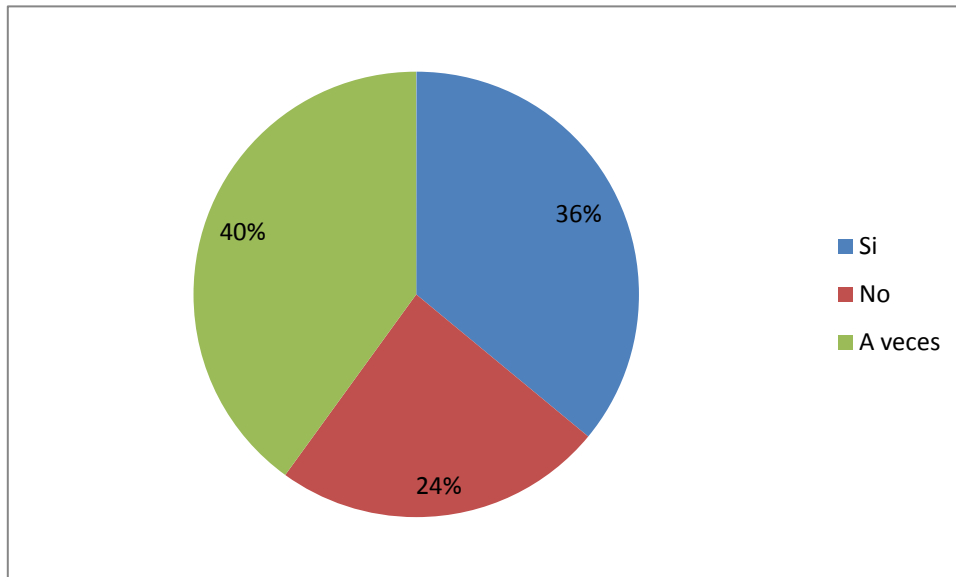
Al administrar sulfato de magnesio detecta y conoce usted precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico.

Tabla #14.-

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	9	36%
No	6	24%
A veces	10	40%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #14



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica N° 14, referente a si al administrar sulfato de magnesio detecta usted precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico contestó si el 36%, no el 24% y a veces me contestó el 40%.

Pregunta #15

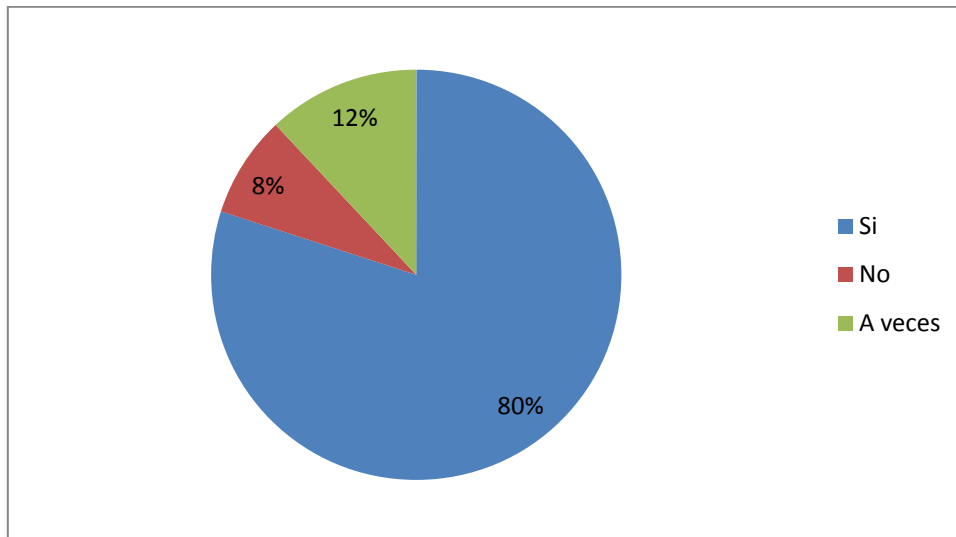
Prepara a la gestante adolescente para la intervención quirúrgica si existiese compromiso fetal o por alguna otra causa.

Tabla #15

Auxiliares de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	20	80%
No	2	8%
A veces	3	12%
Total	25	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Auxiliar de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de pregunta # 15



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de N°15 sobre si prepara a la gestante adolescente para el parto vaginal o intervención cesárea si se requiere por compromiso fetal o alguna otra causa me contestó el 80% si, el 12% a veces y el 8% me contestó no.

ENCUESTA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Pregunta # 1

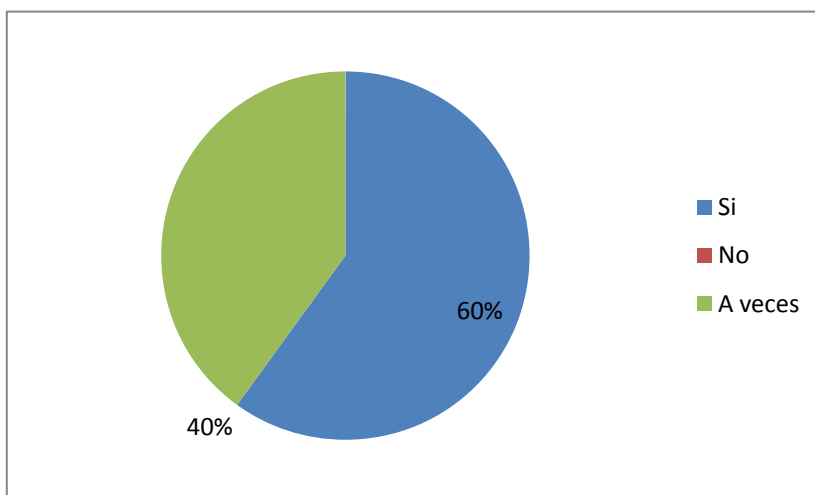
Crea un clima de confianza escuchando a la gestante cuando quiera exponer su problema de salud permitiendo la libre expresión de sentimientos y dudas sobre su enfermedad.

Tabla #1.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	6	60%
No	0	0%
A veces	4	40%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #1



8.- ANÁLISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 1 sobre si crea un clima de confianza escuchando a la gestante adolescente el 60% respondió que sí y el 40% que no.

Pregunta #2

Brinda atención de salud integral en forma oportuna, continúa y humana.

Tabla #2

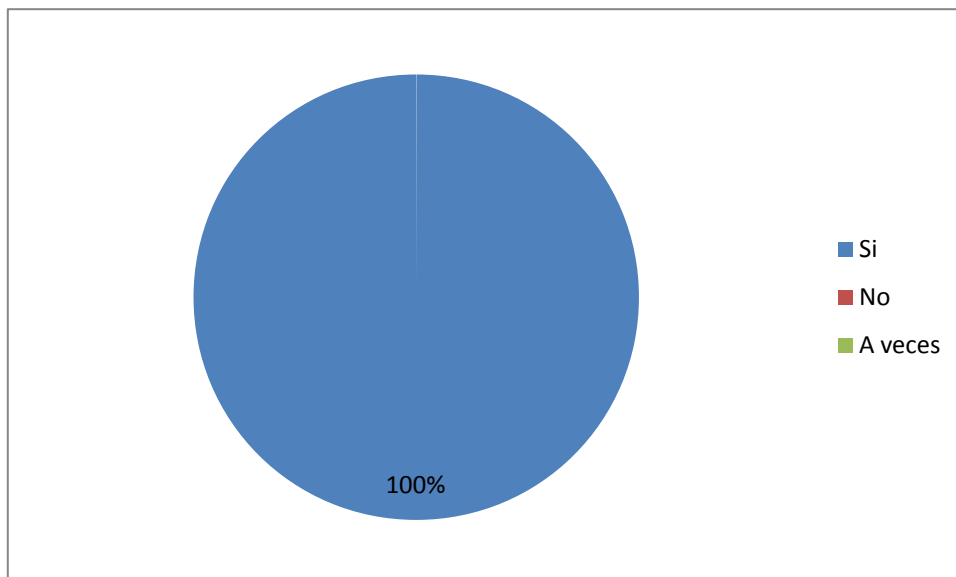
Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal de enfermería / Hospital Enrique .C.

Sotomayor Área: Tocoquirurgico.

Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #2



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica No. 2 sobre si se brinda atención integral, en forma oportuna continua y humana, el 100% respondió sí.

Pregunta # 3

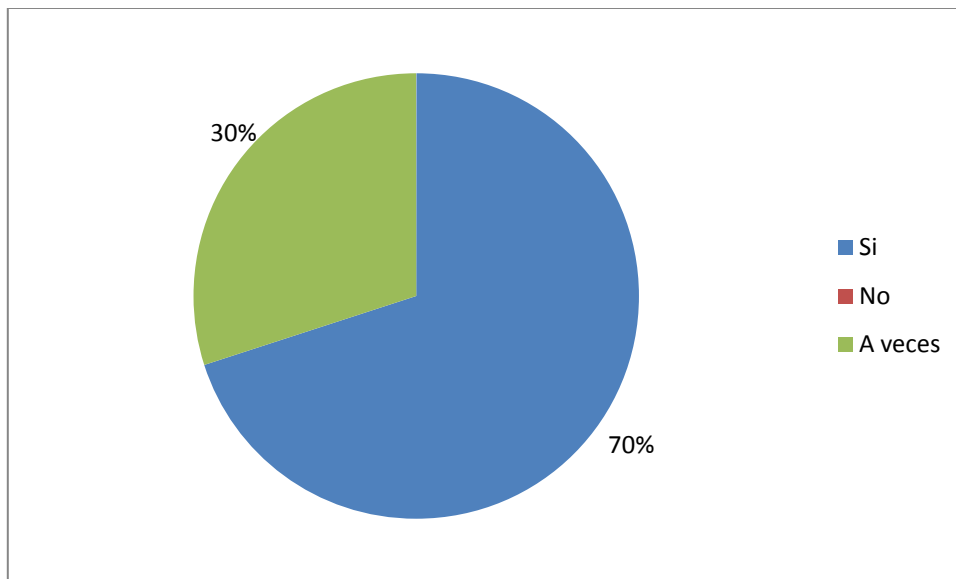
Coordinar acciones con otros miembros del equipo de salud.

Tabla # 3.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	7	70%
No	0	0%
A veces	3	30%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 3



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 3 que trata de si coordinan acciones con otros miembros del equipo de salud me respondieron el 70% si, y el 30% a veces.

Pregunta # 4

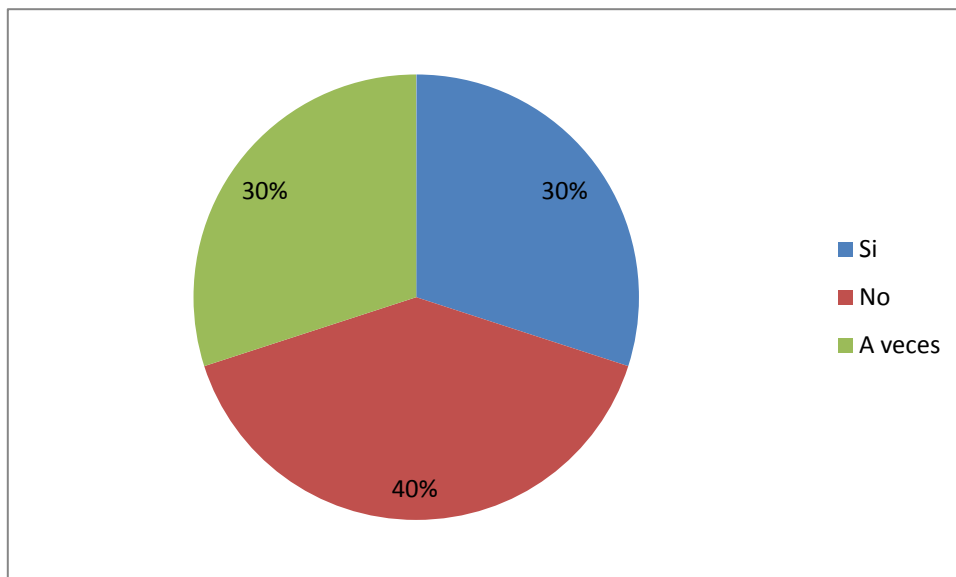
Capacita y actualiza al personal de enfermería sobre la atención a gestante adolescente con Hipertensión.

Tabla # 4.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	3	30%
No	4	40%
A veces	3	30%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #4



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 4 referente a si capacita y actualiza al personal de enfermería sobre la atención a gestante adolescente con Hipertensión, obtuve la respuesta no del 40% del 30% si y a veces el 30% de las encuestadas.

Pregunta # 5

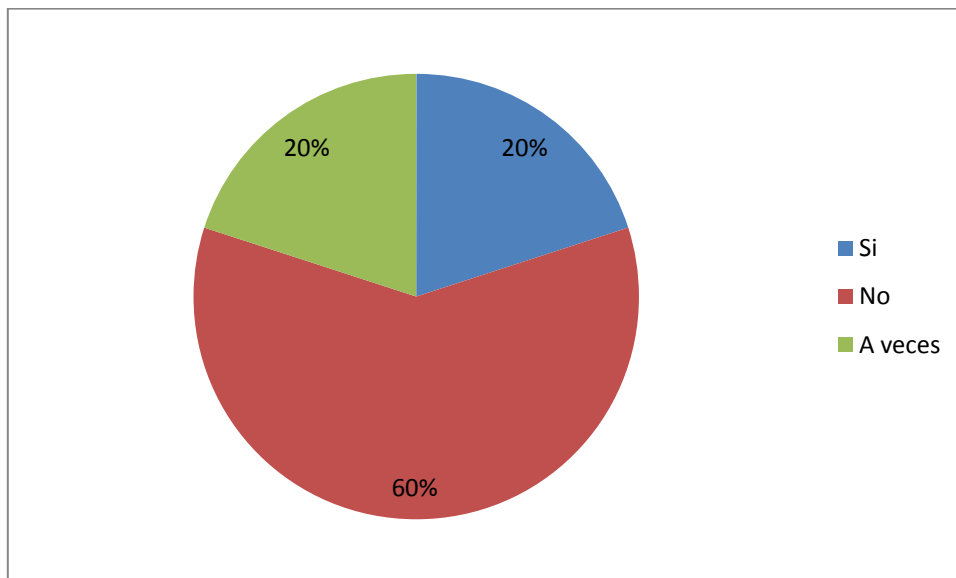
Evalúa las actividades de enfermería en el programa de atención integral de salud para la gestante adolescente.

Tabla # 5

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	2	20%
No	6	60%
A veces	2	20%
Total	10	100%

**FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello**

Gráfico de la pregunta # 5.-



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 5 sobre si evalúa las actividades de enfermería en el programa de atención integral de salud para la gestante adolescente el 60% de las encuestadas me manifestó no, el 20% dijo si y el otro 20% objetó a veces.

Pregunta# 6

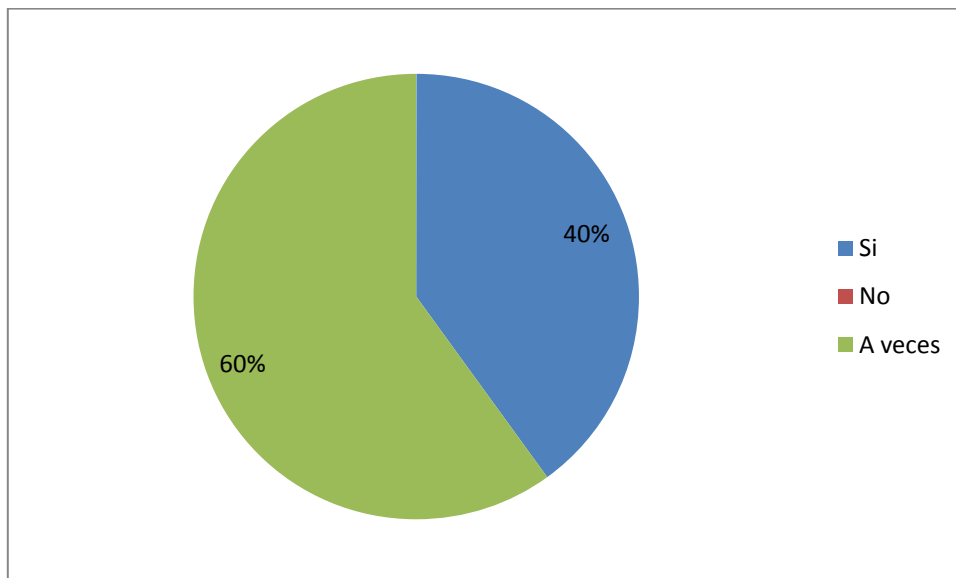
Participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preeclámpsica adolescente durante su urgencia.

Tabla # 6.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	4	40%
No	0	0%
A veces	6	60%
Total	10	100%

**FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello**

Gráfico de la pregunta # 6.-



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 6 sobre si participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preeclámpsica adolescente durante su urgencia, obtuve una respuesta del 60% a veces y el 40% si participa activamente.

Pregunta # 7

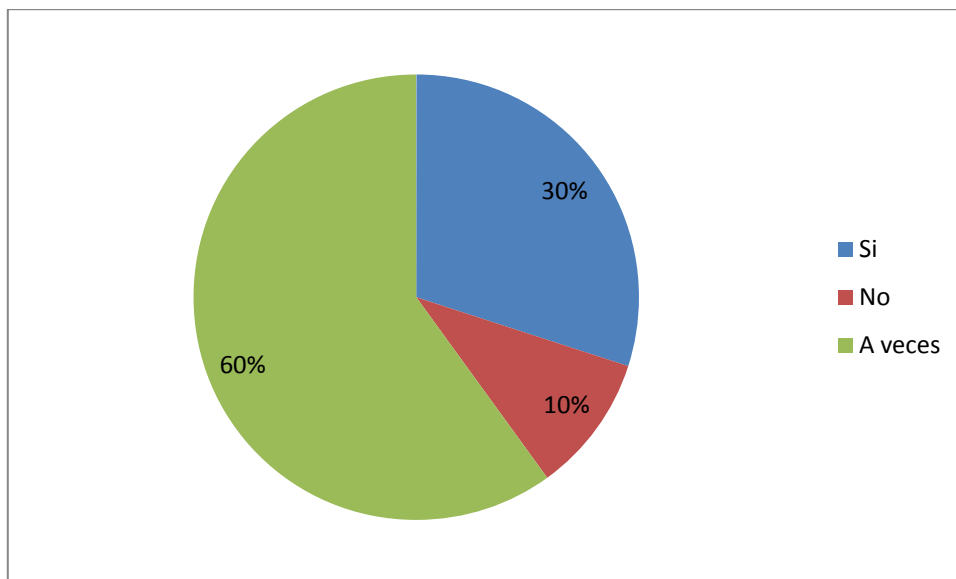
Realiza usted valoración cefalocaudal al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial.

Tabla #7.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	3	30%
No	1	10%
A veces	6	60%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 7.-



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 7 que consulta sobre si realiza la valoración al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial el 60% me respondió a veces, el 30% me contestó que si y el 10% no.

Pregunta # 8

Valora las extremidades para detectar edemas.

Tabla # 8

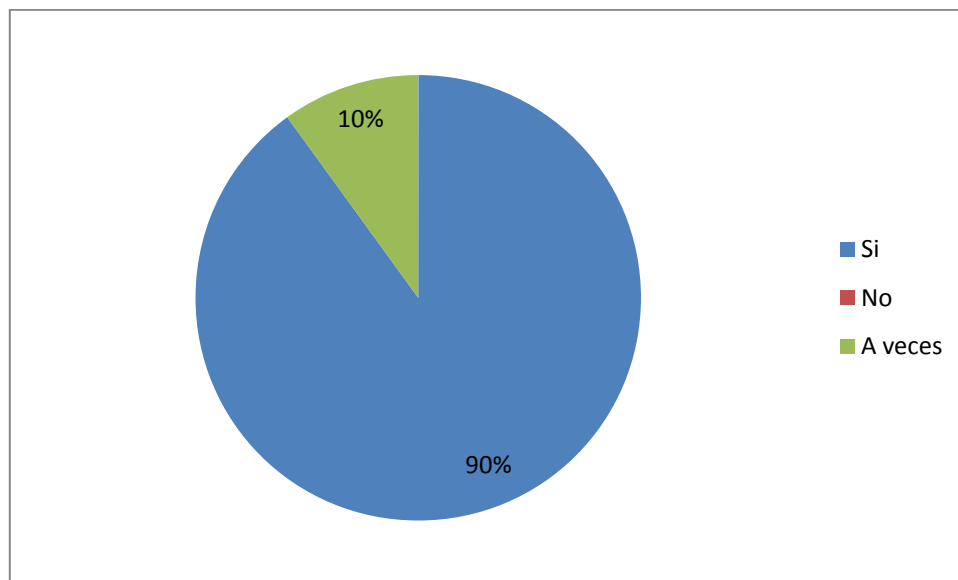
Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	9	90%
No	0	0%
A veces	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /

Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.

Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 8



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

En el grafico de la pregunta No. 8 se observa que mayoritariamente el personal profesional de enfermería valoran las extremidades y detectan edemas

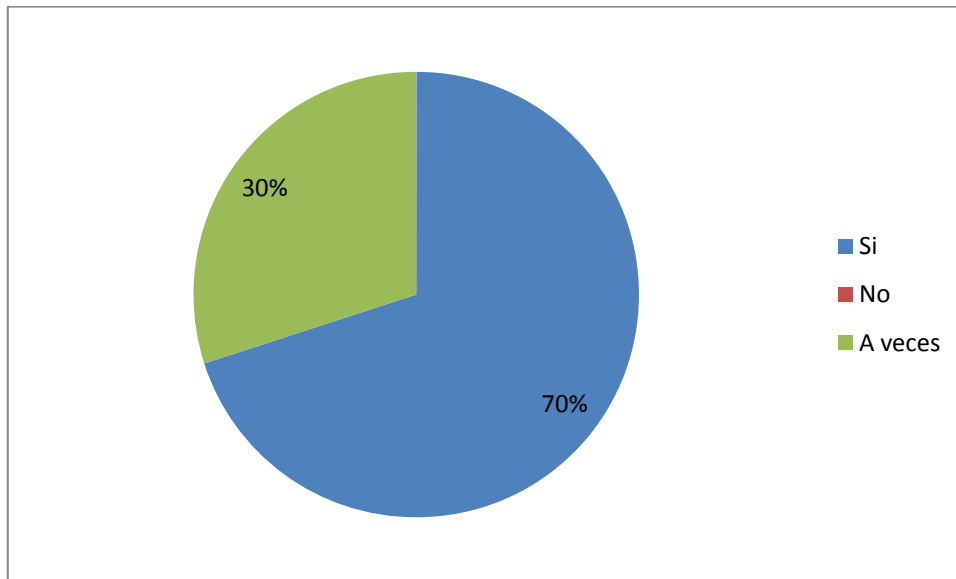
Pregunta # 9

Valora las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales.

Tabla #9.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	7	70%
No	0	0%
A veces	3	30%
Total	10	100%

**FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello**



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 9 a las encuestadas sobre si valora las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales mayoritariamente, el 70% contestó si y a veces el 30%.

Pregunta #10

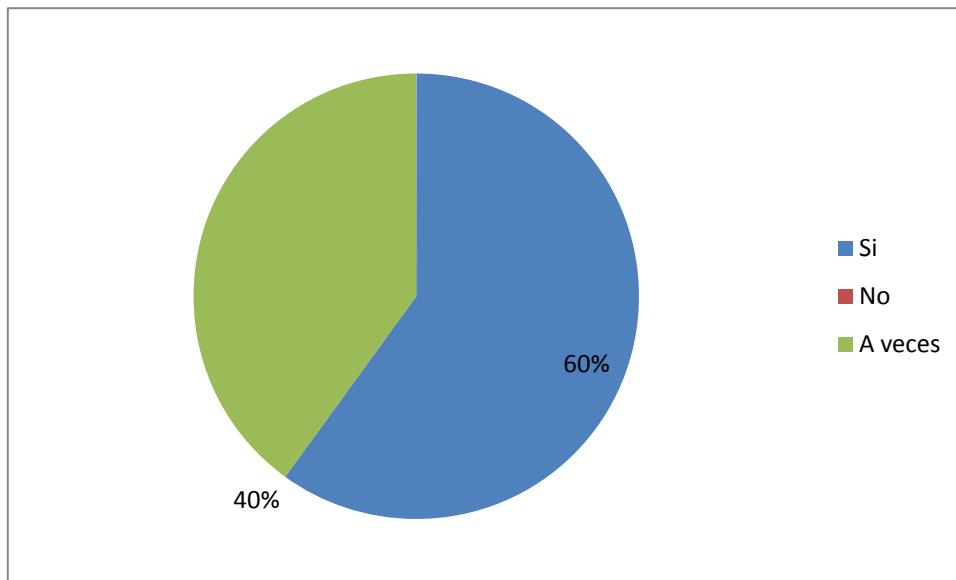
Valora el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción.

Tabla #10.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	6	60%
No	0	0%
A veces	4	40%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #10



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica de No. 10 ante la pregunta si valora el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción, contestaron el 60% si, y el 40% a veces.

Pregunta # 11

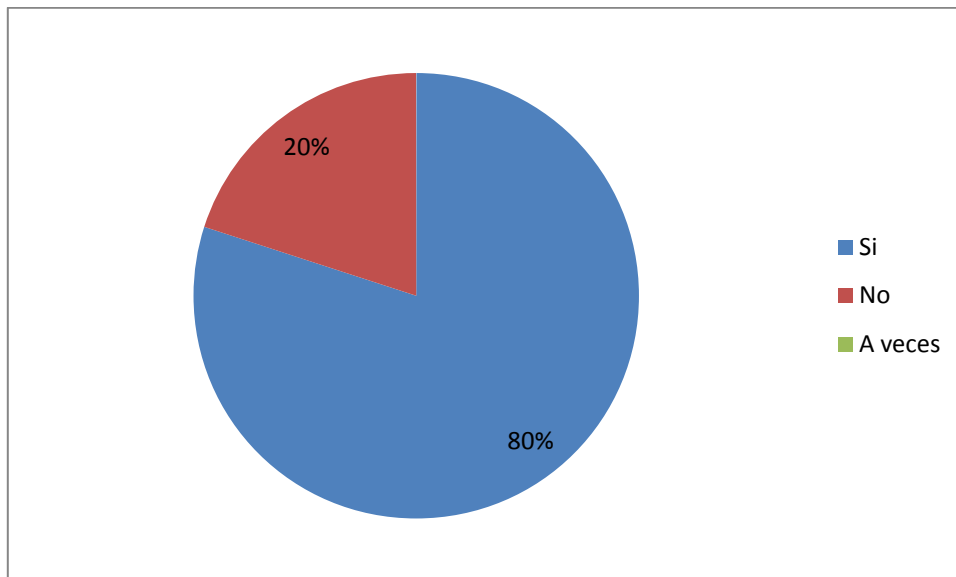
Realiza toma de presión arterial separada en intervalos de dos horas en la gestante adolescente.

Tabla #11

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%
A veces	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #11



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica N° 11 referente a si realiza toma de presión arterial separada en intervalos de dos horas en la gestante adolescente el 80%% dijo si y el 20% contestó no.

Pregunta #12

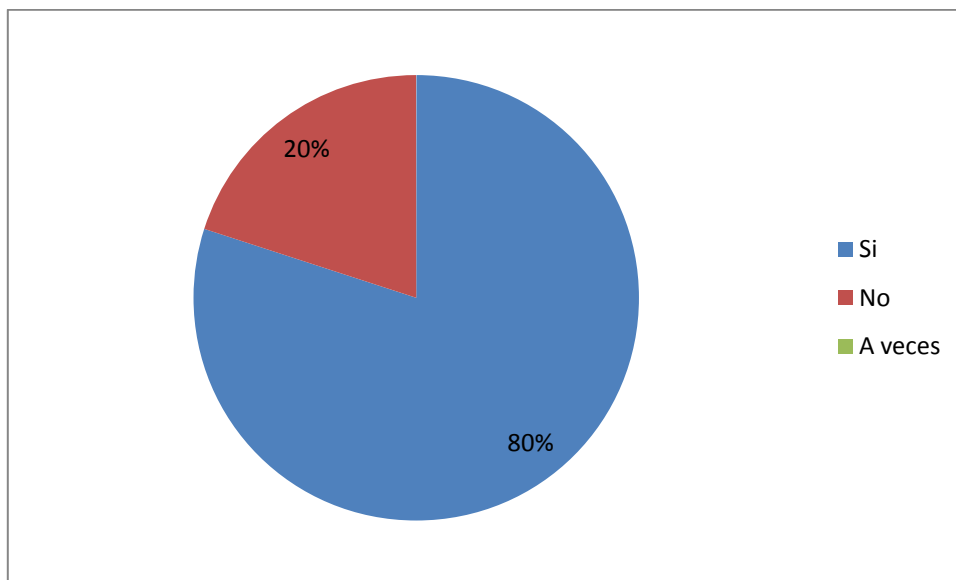
Sabe cómo prevenir las convulsiones.

Tabla #12

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%
A veces	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta # 12



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica N°12 referente a si sabe cómo prevenir las convulsiones el 80% contestó si, el 20% no.

Pregunta #13

Mantiene las vías aéreas libres durante la convulsión.

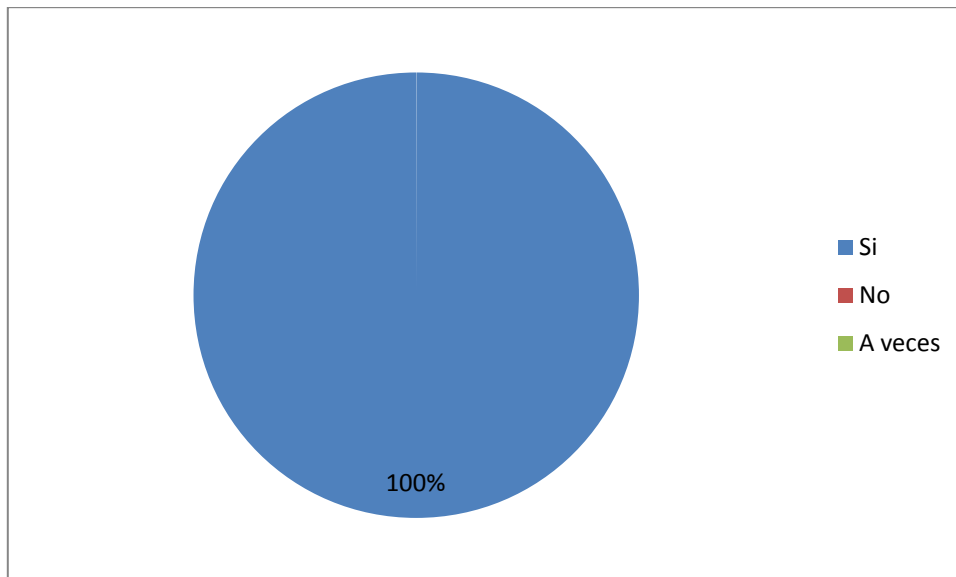
Tabla #13.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería / Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.

Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #13



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica N°13 referente a si mantiene las vías aéreas libres durante la convulsión mayoritariamente me contestaron si.

Pregunta #14

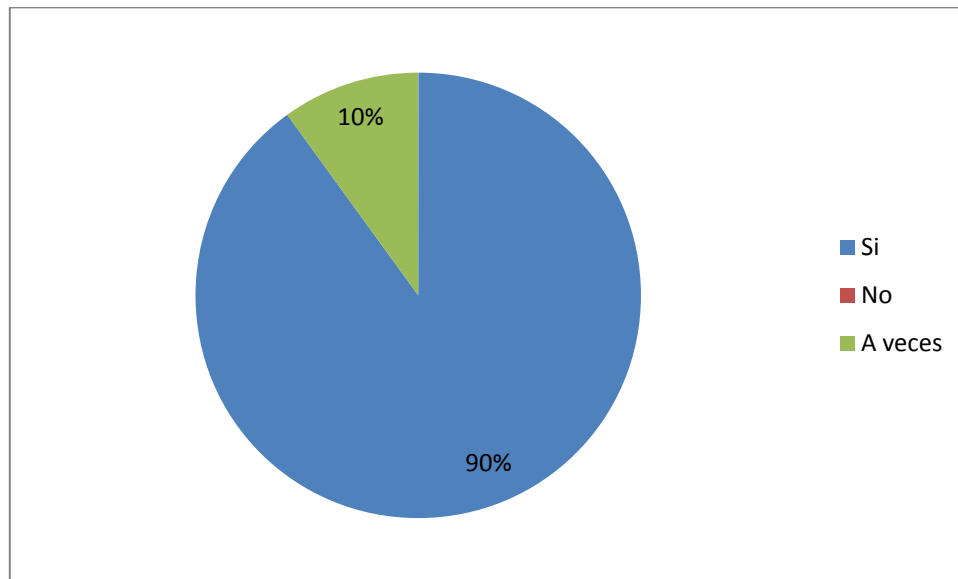
Coloca oxígeno por cánula nasal o mascarilla.

Tabla #14.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	9	90%
No	0	0%
A veces	1	10%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #14



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica No. 14 referente a si coloca oxígeno por cánula nasal o mascarilla el 90% contestó si, y el 10% a veces.

Pregunta #15

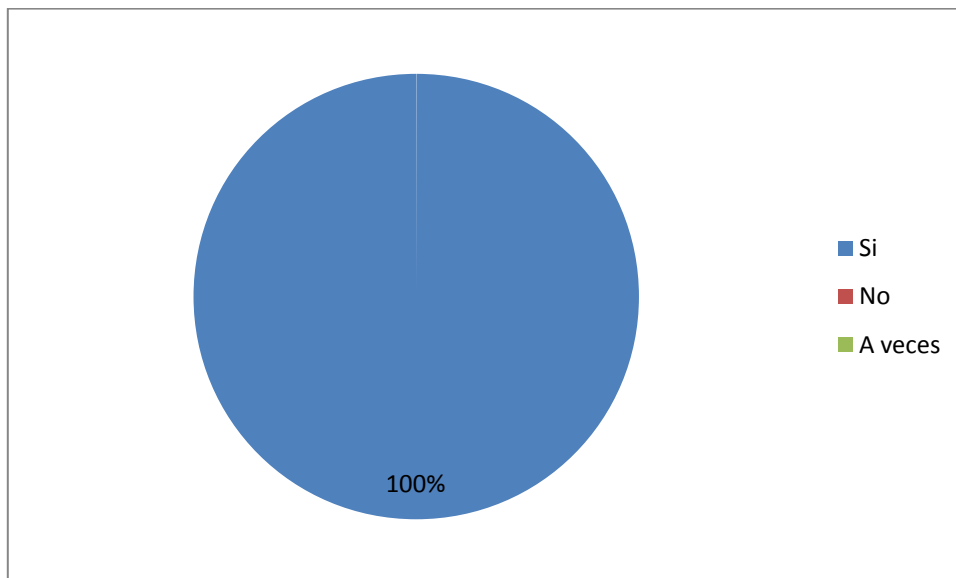
Sabe usted que medicamentos administrar a lo que ingresa una gestante ecláptica.

Tabla #15.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
A veces	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #15



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica No. 15, al consultarles si sabe que medicamentos administrar a lo que ingresa una gestante ecláptica, me contestaron 100% que si.

Pregunta # 16

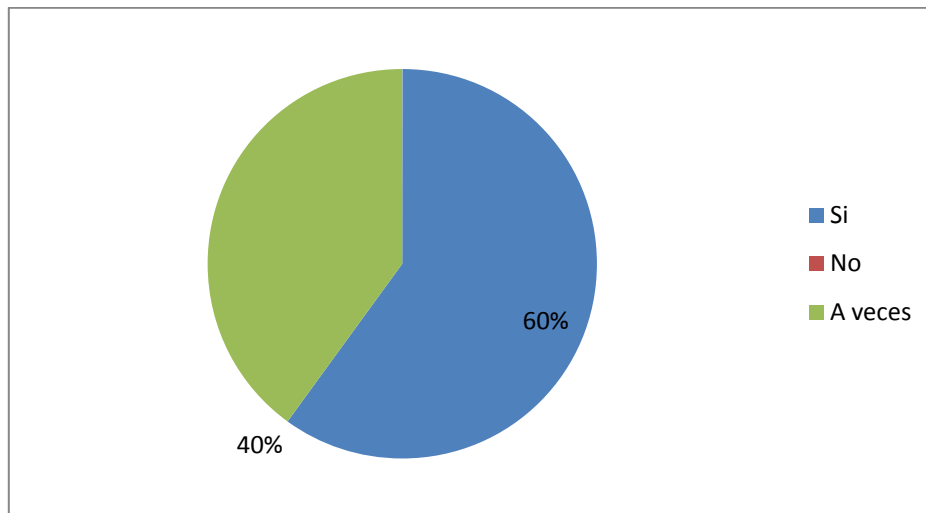
Al administrar sulfato de magnesio detecta usted precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico.

Tabla #16.-

Licenciadas de Enfermería	Cantidad	Porcentaje
Si	6	60%
No	0	0%
A veces	4	40%
Total	10	100%

FUENTE: Encuesta / Personal Profesional de enfermería /
Hospital Enrique .C. Sotomayor Área: Tocoquirurgico.
Elaboración: Paulina Coello Cabello

Gráfico de la pregunta #16



8.- ANALISIS DE LOS DATOS /RESULTADOS

Se observa en la gráfica N° 16, referente a si al administrar sulfato de magnesio detecta usted precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico nos demuestra un porcentaje del 60% responde que si y el 40% a veces me contestaron.

9.- CONCLUSIONES

Los diferentes estudios realizados demuestran que la hipertensión arterial constituye uno de los problemas más importantes de salud pública en el Ecuador, afecta a mujeres embarazadas en todo el planeta y pone en riesgo la vida de la parturienta y del bebé por nacer.

Las conclusiones obtenidas de la evaluación sobre los conocimientos de la hipertensión arterial realizada al personal de enfermería indicó que:

- El mayor número de recursos está conformado por auxiliares de enfermería y el menor número por licenciadas de enfermería lo cual influye indirectamente en la atención brindada a las usuarias por carecer del conocimiento científico técnicos necesarios.
- El personal de enfermería fue encuestado a cerca de que si crea un clima de confianza escuchando a la gestante mayoritariamente el (72%) dijo a veces esto es debido al exceso de pacientes que existe en dicha casa de salud.
- El 92% brinda atención de salud integral en forma oportuna, continua y humana
- Algo más que es digno observar que el personal de enfermería demuestra que el 88% si participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preecláptica adolescente durante su hospitalización.
- El 48% si realiza la valoración al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial.
- El 42% valora las señales de peligro téngase claro, que son las referentes a cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción de orina y perturbaciones visuales, y este resultado resulta alarmante, ya que en una paciente bajo este tipo de pronóstico, es necesario observar los mínimo con el fin de preservar su vida.

- El personal de enfermería tiene conocimientos acerca del manejo del síndrome hipertensivo gestacional sobre los signos y síntomas, rangos de la presión arterial sin embargo, existen debilidades en las complicaciones y la valoración del nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción, lo cual representa un riesgo potencial en la manipulación de éstas pacientes.
- Un 24% del personal de enfermería presentan un déficit del conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento farmacológico esto significa que dicha atención brindada no es de calidad ocasionando riesgo en la vida de la madre niño.
- La vigilancia del inicio del trabajo de parto, participación en el parto y la preparación pre-operatoria se efectúa de forma excelente, notando la participación y acompañamiento del personal de enfermería en los momentos más relevantes de la atención a las usuarias.
- Durante la encuesta se logra constatar que se brindan cuidados de enfermería específicas a pacientes con éste tipo de patología, que se hacen en forma priorizada e individualizada, como es el caso del monitoreo de signos vitales, comunicación terapéutica, canalización de vía periférica, administración de oxígeno, la vigilancia en el inicio del trabajo de parto y la atención del mismo sin embargo, esto demuestra que el trabajo que se realiza con las gestantes adolescentes se realiza empíricamente ya que los cuidados de enfermería que se ejecutan deben ser llevados por un guía de enfermería.
- El personal de enfermería del servicio de Gineco-Obstetrico del Hospital Enrique C. Sotomayor tienen conocimientos en Atención de enfermería a Gestantes adolescentes con hipertensión arterial, aunque se observó que tenían habilidades y destrezas al momento de decidir qué cuidados de enfermería debían realizar ante cualquier situación que se presente por los años de experiencia adquiridos.

Por lo tanto:

El personal de enfermería debe estar actualizado y capacitado ya que influye en la calidad proporcionada para la atención a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial y así se evitara(n) riesgos durante su cuidado.

10.- VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Al concluir éste estudio y de acuerdo a los resultados encontrados, realizamos la Valoración crítica de la investigación que a continuación se detalla:

1. Se brinde una capacitación permanente al personal de enfermería
2. Dar seguimiento y monitoreo para la efectividad de las capacitaciones recibidas por el personal de enfermería, priorizando temas donde existe deficiencia de conocimientos, fortaleciendo de ésta manera las intervenciones de enfermería a ejecutarse ante las gestantes adolescentes con hipertensión arterial
3. Que se promueva la profesionalización del personal de enfermería, para mejorar la calidad de atención, y así garantizar el bienestar de las gestantes adolescentes.
4. Indicar las intervenciones de enfermería con conocimiento científico que deben ejecutarse a las gestantes adolescentes con hipertensión arterial, dejando evidencia y soporte con las guías de atención elaborada.

GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Orientar a la paciente y a su familia sobre el motivo de hospitalización, tratamiento médico ordenado, condiciones al ingreso y normas del servicio.
- Valorar estado de conciencia, signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal.
- Colocar a la paciente en reposo en cama, en decúbito lateral izquierdo.
- Canalizar vía venosas utilizando la vena basílica con catéter 16 o 18 e iniciar hidratación según protocolo médico.
- Preparar a la paciente para parto o cesárea según protocolo.
- Colocar sonda vesical para cuantificación de gasto urinario.
- Valorar signos vitales cada hora.
- Proporcionar un ambiente cómodo y tranquilo a la paciente: evitar exceso de estímulos como luz y ruido.
- Realizar el registro de enfermería correspondiente de manera clara, oportuna y detallada.
- Iniciar tratamiento médico ordenado: impregnación con sulfato de magnesio, inicio de corticoides, tratamiento antihipertensivo.
- Monitorear cambios en el estado de conciencia y signos vitales.
- Reducir el riesgo de lesiones.
- Instaurar el tratamiento ordenado.
- Mantener a la paciente con reposo en cama.
- Valoración con escala de Glasgow.
- Colocar medidas protectoras: colocación de barandas y almohadas.
- Favorecer periodos de descanso y sueño.
- Administración oportuna de la medicación anticonvulsiva ordenada, para garantizar la concentración plasmática requerida.
- Formular un plan de atención de enfermería con base en la

valoración neurológica.

- Brindar apoyo emocional y mantener informada a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- Favorecer la comunicación con la paciente para que verbalice cualquier síntoma que presente.

En caso de convulsión:

- Comunicar al médico.
- Colocar medidas protectoras para prevenir lesiones: si es posible introducir protector bucal (cánula traqueal), colocar la cabeza de la paciente de lado, colocar barandas a la cama o camilla, colocar almohada. Bajo la cabeza.
- Administrar fenitoína o sulfato de magnesio según protocolo u orden.
- Administrar O2 con aporte de 50% de Fio2.
- Valorar los signos vitales cada hora o cada vez que sea necesario
- Preparar la paciente para traslado a salas de cirugía o UCI.
- Vigilar efectos adversos de la medicación anticonvulsiva: depresión respiratoria, hipotensión arterial.
- Permanecer con la paciente hasta que se recupere.
- Reorientarla en cuanto al medio una vez se despierte.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Díaz, W. M. (2 de Abril de 2010). *Monografias.com*. Recuperado el 23 de Enero de 2011, de Monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos42/embarazo-precoz/embarazo-precoz2.shtml>
2. Edison Alexander Echeverri*, D. P. (12 de Julio de 2009). *Monografias.com*. Recuperado el 18 de Enero de 2011, de Monografias.com: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>
3. FERREIRA, G. B. (11 de Febrero de 1992). *Instituto de sexologia.org*. Recuperado el 22 de Enero de 2011, de Instituto de sexologia.org: <http://www.institutodesexologia.org/Deteccion%20violencia%20noviazgo%20FERREIRA.pdf>
4. Macchi, D. L. (22 de Marzo de 2001). *sapue.org.ar*. Recuperado el 11 de Febrero de 2011, de sapue.org.ar: <http://www.sapue.org.ar/SindromeHellp.pdf>
5. Monsalve, A. M. (23 de Julio de 2002). *Trabajosocialudia*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2010, de Universidad de Las Americas : <http://trabajosocialudia.files.wordpress.com/2009/11/embarazo-adolescente.pdf>
6. Morales, J. A. (25 de Noviembre de 2003). *Monografias.com*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2010, de Monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml>
7. Universidad de Las Americas. (2005). *Embarazo Adolescente - Promoción y Chile*.
8. Vorvick, L. J. (19 de Mayo de 2008). *MedlinePlus*. Recuperado el 13 de Enero de 2011, de MedlinePlus.com: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000899.htm>

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Abanades JC (coordinador), Díaz S, de la Figuera M, Taboada M, Palancar JL y Viniolos E. (1997) Hipertensión Arterial. En: Programas básicos de salud nº1 Programa del Adulto. Madrid: Doyma ;.p. 11-52.
- 2.- Bergel E, Carroli G, Althabe F. (2005) Métodos ambulatorios versus convencionales para el monitoreo de la presión sanguínea durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford
- 3.- Briseño Pérez C, Briseño Sanabria L. (2006) octubre Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio?. Revista de ginecología y obstetricia de México
- 4.- Coca A, de la Sierra A. Diagnóstico del síndrome hipertensivo. En: Coca A, de la Sierra A, editores. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: JIMS; 2002. p.19-58.
- 5.- Carrascal E, González M, De miguel JR, Ortiz C(2004). Preeclampsia grave y síndrome de hellp posparto. Revista cubana de ginecología y obstetricia.
- 6.- De la Figuera von Wichmann M, Dalfó Baqué A. Hipertensión Arterial. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p.764-798.
- 7.- Duley L, Williams J, Henderson-Smart DJ. (2005) Expansión del volumen plasmático para el tratamiento de la preeclampsia (Revisión

Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford

- 8.- Duley L , Henderson-Smart D. (2005). Ingesta dietética reducida de sal comparada con ingesta dietética normal, o alta, en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford:
- 9.- Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. (2005) Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford:
- 10.- Dueñas A. y otros. (et al) Educación (1995), al paciente hipertenso. Manual de Entrenamiento para el personal de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.: 13 – 14.
- 11.- Dueñas Herrera (1999)., A. Hipertensión arterial. Su Control en el nivel primario de salud, Revista Cub. Med. Gen. Inter 8 (3): 196 Jul – Sept.
- 12.- Dueñas Herrera (1992), A. Enfermedades cardiovasculares. Revista. Cub. Med. Gen. Int. 8 (3): 195 – 213. Jul – Sept
- 13.- Elgueta V, Patricia (2005). «Diagnóstico del Embarazo» (en español). Universidad de Chile - Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia.
- 14.- Flores TR, Rivas VJ. (1995) Prevalencia de diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, como factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en la población adulta.

- 15.- Hernández Cisneros F. (1996) Hipertensión arterial comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Revista Cubana Med. Gen. Int., 12 (2): 1 – 149.
- 16.- Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. (2005) Suplementación con calcio durante el embarazo para la prevención de trastornos hipertensivos y problemas relacionados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford
- 17.- Kramer MS, Kakuma R. (2005) Ingesta proteico-energética durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford: Update Software Ltd
- 18.- "Manual de Terapéutica Cardiovascular Octubre 2.003". Breijo y col; Edit. Plushmedic. 2º y 3º edición.
- 19.- Makrides M, Crowther CA. (2005) Suplementos de magnesio en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford:
- 20.- Morales G. (1995) Definición y criterios de clasificación de la hipertensión arterial. Guías de tratamiento de la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión. Hipertensión; 1: 41-50.
- 21.- OMS. (2009) Grupo de Redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión. Declaración de la OMS/SIH sobre el manejo de la Hipertensión.
- 22.- Organización Panamericana de la Salud. (1999) La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria en: Manual de normas

operativas para un programa de control en los diferentes niveles de atención Washington. 3. 1-2. 45.

- 23.- OMS. (2003) Grupo de Redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión. Declaración de la OMS/SIH sobre el manejo de la Hipertensión.
- 24.- Carlos Dotres Martínez (1989) Revista Cubana de Medicina General Integral No. 1:46, Enero – Febrero, Programa nacional de prevención, diagnóstico y control de la hipertensión arterial /.
- 25.- Roca Campaña V, Cepero Rosales B y Vázquez Vigoa A. (2000) Repercusión cardiovascular y cerebral de la hipertensión sistólica. Rev Cubana Med;39(3):147-54
- 26.- Soto Cáceres V, Alberca B L, Colchado J. (1996) .Prevalencia de hipertensión arterial. Libro de Resúmenes IX Congreso Nacional de Medicina Interna Lima
- 27.- Sánchez Sánchez F y Llisterri Carro JI, (1995).coordinadores. Diagnóstico de hipertensión arterial. En: SEMERGEN, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Sociedad Española de Medicina General. La Hipertensión Arterial desde la Atención Primaria. Madrid: Laboratorios Delagrang; p. 77-112.
- 28.- Sociedad Española de Hipertensión (2002)-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España.
- 29.- Vynioles Bargalló E, Martínez Mengual (2001). L. AMPA y MAPA: Instrumentos, técnicas y medidas de la presión arterial. II Jornadas

de Actualización en Medicina de Familia. Madrid.

- 30.- Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez; Sergio Azcárate Sánchez Santos (1997-1998). «Cambios fisiológicos durante el embarazo». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia libro 1 (Vigilancia prenatal):

INDICES VARIOS

INDICE DE TABLAS

Datos de Encuesta a Auxiliares de Enfermería	Pág.
Tabla # 1	57
Tabla # 2	58
Tabla # 3	59
Tabla # 4	60
Tabla # 5	61
Tabla # 6	62
Tabla # 7	63
Tabla # 8	64
Tabla # 9	65
Tabla # 10	66
Tabla # 11	67
Tabla # 12	68
Tabla # 13	69
Tabla # 14	70
Tabla # 15	71

INDICE DE TABLAS

Datos de Encuesta a Licenciadas en Enfermería	Pág.
Tabla # 1	72
Tabla # 2	73
Tabla # 3	74
Tabla # 4	75
Tabla # 5	76
Tabla # 6	77
Tabla # 7	78
Tabla # 8	79
Tabla # 9	80
Tabla # 10	81
Tabla # 11	82
Tabla # 12	83
Tabla # 13	84
Tabla # 14	85
Tabla # 15	86
Tabla # 16	87

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE TESIS

CRONOGRAMA	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS			
	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.
Aprobación del proyecto	→																							
1. Entrevista con el director de tesis			→																					
Corrección del Planteamiento del problema			→																					
2. Reunión con el director de trabajo de tesis.					→																			
Desarrollo de marco teórico. Elaboración de hipótesis.	→																							
Recolección de datos.	→																							
Análisis de los datos del informe.									→															
Conclusiones y Valoración Crítica de la investigación									→															
Corrección de datos									→															
3. Reunión con el director de trabajo de tesis.													→											
Revisión primer borrador del trabajo de tesis													→											
Revisión final de tesis																	→							
Sustentación de tesis																					→			
Informe Final																					→			
Graduación																								

ANEXO 1

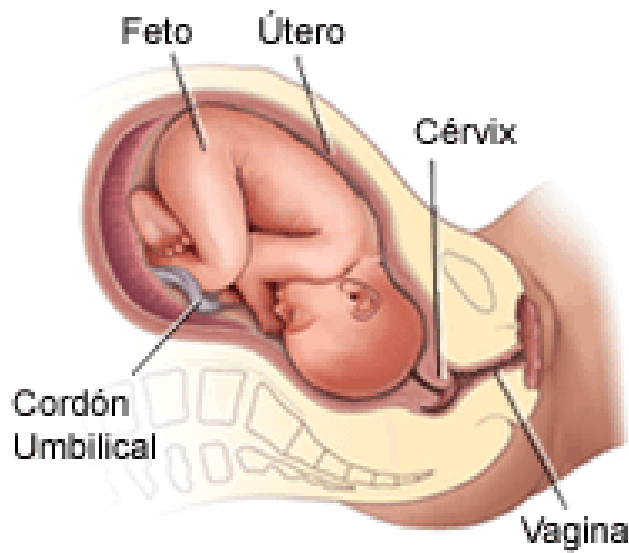
Pirámide Alimenticia



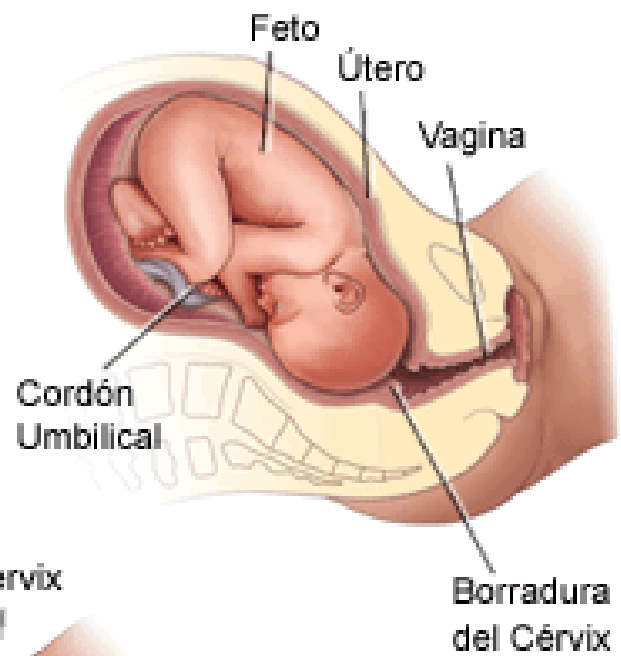
ANEXO 2

FASES DEL EMBARAZO

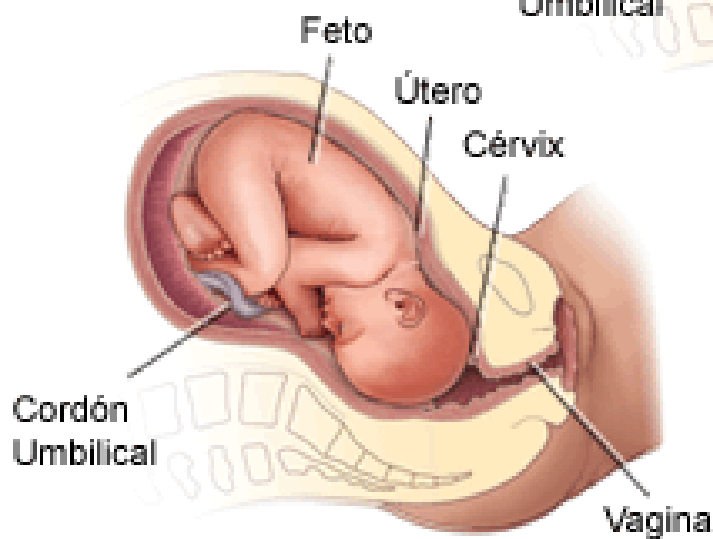
Fase Inicial (Latente) **Plaza 1**



Fase Activa

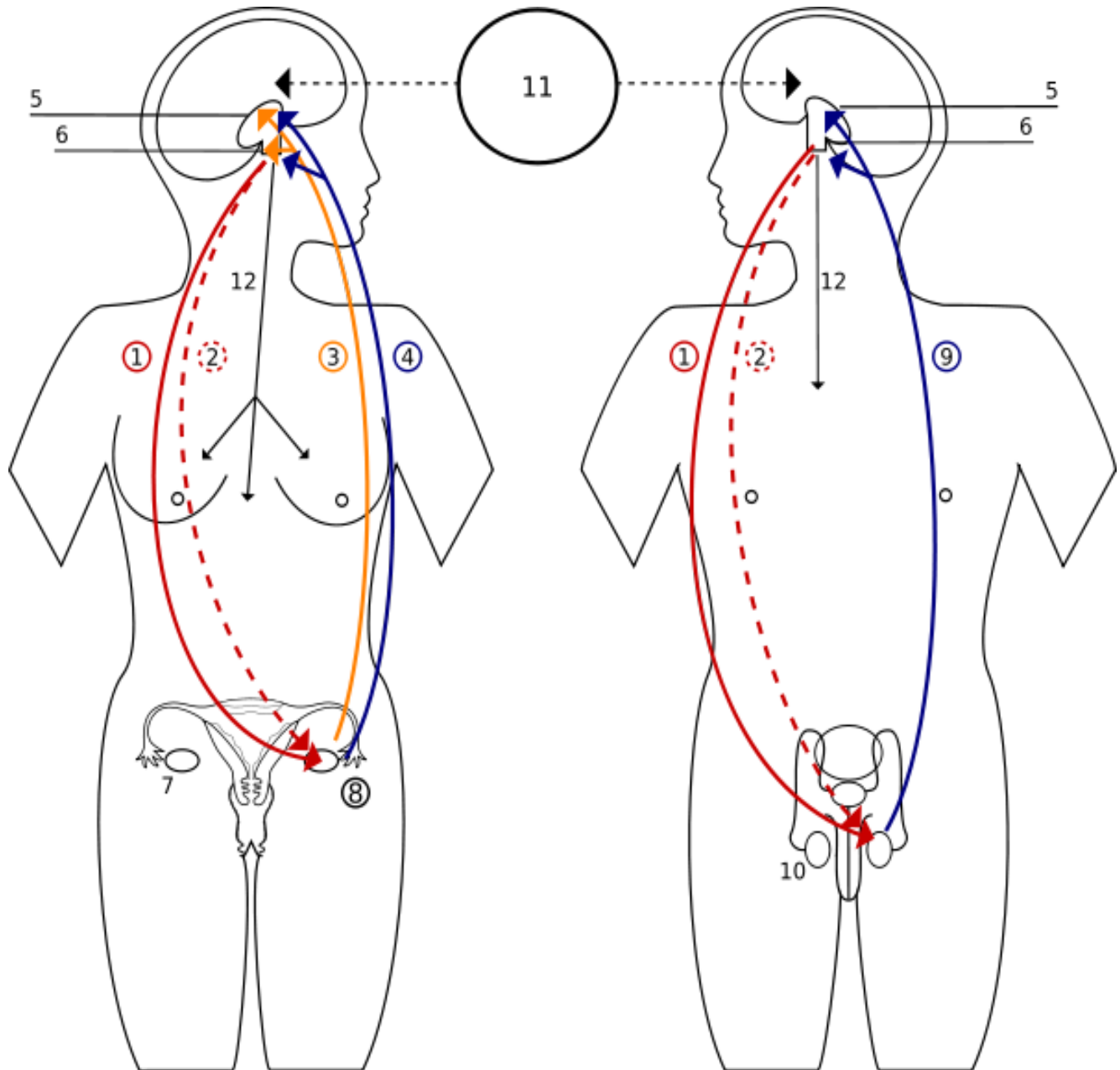


Fase de Transición



ANEXO 3

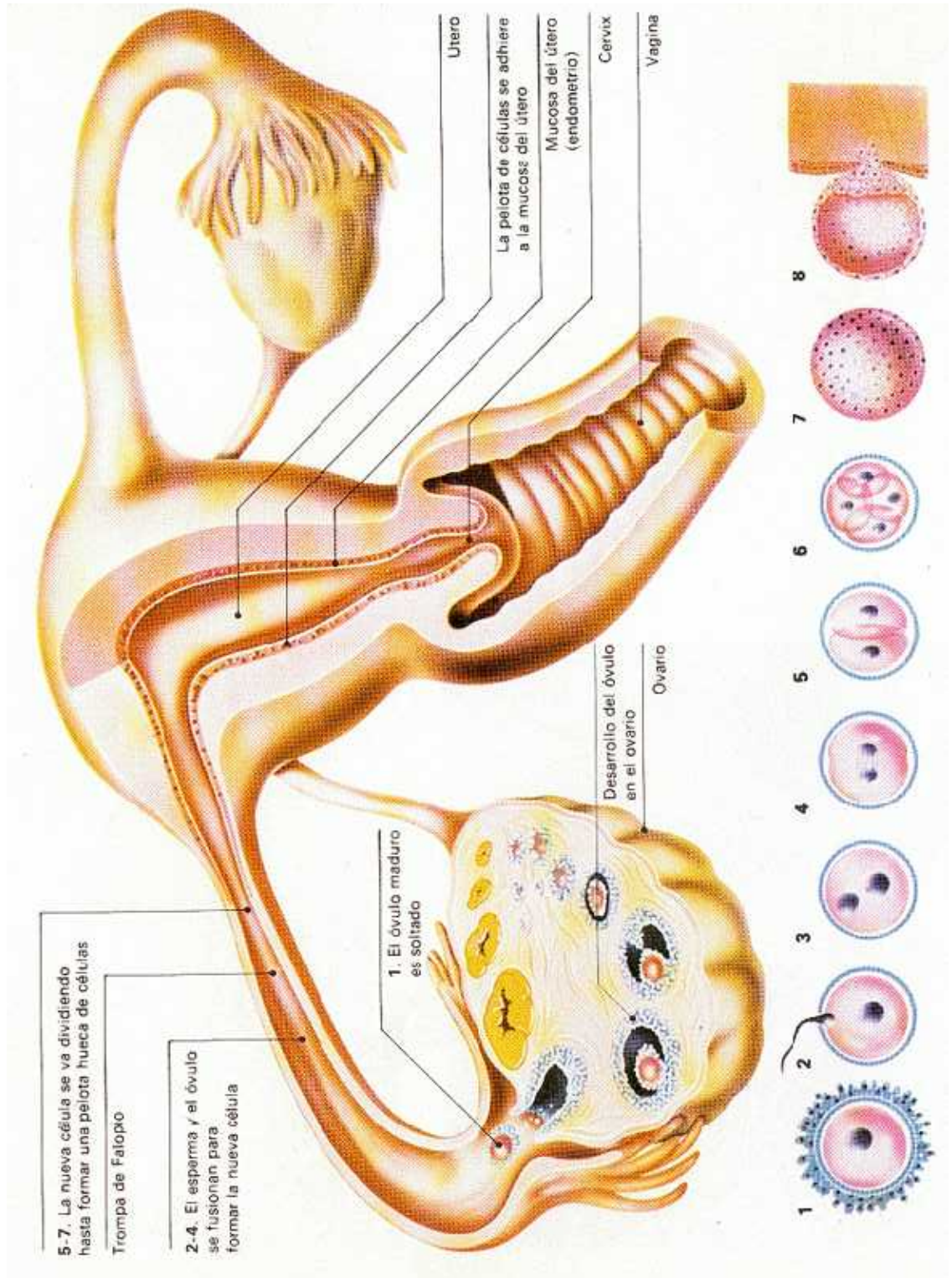
Ciclos de retroalimentación hormonal.



1.- hormona folículo estimulante - FSH, 2.- hormona luteinizante - LH, 3.- progesterona, 4.- estrógeno, 5.- hipotálamo, 6.- glándula pituitaria, 7.- ovario, 8.- embarazo - hCG (gonadotropina coriónica humana - hCG), 9.- testosterona, 10.- testículo, 11.- incentivos, 12.- prolactina PRL. Véase también sistema endocrino y retroalimentación negativa endocrina

ANEXO 4

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



ANEXO 5



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería

TEMA

Atención de Enfermería a Gestantes Adolescentes con Hipertensión Arterial en el área Toquirurgico Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimientos y de preparación del personal de enfermería en la atención a gestantes adolescentes con Hipertensión Arterial

PREGUNTAS:

Auxiliares de Enfermería

1.- Crea un clima de confianza escuchando a la gestante cuando quiera exponer su problema de salud permitiendo la libre expresión de sentimientos y dudas sobre su enfermedad.

SI NO AVECES

2.- Brinda atención de salud integral en forma oportuna, continua y humana.

SI NO AVECES

3.- Participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preeclámpsica adolescente durante la urgencia.

SI NO AVECES

4.- Realiza usted valoración cefalocaudal al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial.

SI NO AVECES

5.- Valora las extremidades para detectar edema.

SI NO AVECES

6.- Valora las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales.

SI NO AVECES

7.- Valora el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción.

SI NO AVECES

8.- Realiza toma de presión arterial separada en intervalos de una hora en la gestante adolescente.

SI NO AVECES

9.- Sabe cómo prevenir las convulsiones.

SI NO AVECES

10.- Mantiene las vías aéreas libres durante la convulsión.

SI NO AVECES

11.- Coloca oxígeno por cánula nasal o mascarilla.

SI NO AVECES

12.- Sabe usted que medicamentos administrar a lo que ingresa una gestante adolescente ecláptica.

SI NO AVECES

13.- Proporcionar seguridad física: barandales laterales acolchonados, baja lengua, oxígeno y succión junto a la cama y tener equipo de urgencia accesible.

SI NO AVECES

14.- Al administrar sulfato de magnesio detecta usted precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico.

SI NO AVECES

15.- Prepara a la gestante para la intervención quirúrgica si existiese compromiso fetal o por alguna otra causa.

SI NO AVECES

ANEXO 6



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

TEMA

Atención de Enfermería a Gestantes Adolescentes con Hipertensión Arterial en el Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

Objetivo:

Determinar el nivel de conocimientos y de preparación del personal de enfermería en la atención a gestantes adolescentes con Hipertensión Arterial

PREGUNTAS:

Profesionales de Enfermería

1.- Crea un clima de confianza escuchando a la gestante cuando quiera exponer su problema de salud permitiendo la libre expresión de sentimientos y dudas sobre su enfermedad.

SI NO A VECES

2.- Brinda atención de salud integral en forma oportuna, continua y humana.

SI NO A VECES

3.- Coordinar acciones con otros miembros del equipo de salud.

SI NO A VECES

4.- Capacita y actualiza al personal de enfermería sobre la atención a gestante adolescente con Hipertensión.

SI NO A VECES

5.- Evalúa las actividades de enfermería en el programa de atención integral de salud para la gestante adolescente.

SI NO A VECES

6.- Participa activamente en el cuidado de enfermería en pacientes preecláptica adolescente durante su hospitalización.

SI NO A VECES

7.- Realiza usted valoración cefalocaudal al ingreso de una gestante adolescente con hipertensión arterial.

SI NO A VECES

8.- Valora las extremidades para detectar edema.

SI NO A VECES

9.- Valora las señales de peligro como: Cefalea, hiperreflexia, dolor epigástrico, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales.

SI NO A VECES

10.- Valora el nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales según prescripción.

SI NO A VECES

11.- Realiza toma de presión arterial separada en intervalos de una hora en la gestante adolescente.

SI NO A VECES

12.- Sabe cómo prevenir las convulsiones.

SI NO A VECES

13.- Mantiene las vías aéreas libres durante la convulsión.

SI NO A VECES

14.- Coloca oxígeno por cánula nasal o mascarilla.

SI NO A VECES

15.- Sabe usted que medicamentos administrar a lo que ingresa una gestante ecláptica.

SI NO A VECES

16.- Al administrar sulfato de magnesio detecta usted precozmente efectos adversos del tratamiento farmacológico.

SI NO A VECES

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor ubicada en las calles (Pedro P.Gómez) & Av. 2 S.E.(6 de Marzo) brinda servicios de salud a mujeres embarazadas y en etapa de reproducción. En efecto este Hospital especializado en la atención de la mujer se está preparando para recibir el nacimiento del niño o niña 1'500.000 acontecimiento record en cuanto a los nacimientos registrados desde que abrió su atención a la mujer embarazada, en Septiembre 14 del año 1948.

El Hospital cuenta con personal médico y paramédico altamente calificado.

Adicionalmente, se brindan servicios médicos a través de dos dispensarios ubicados en Bastión Popular y Guasmo Sur. Ambos centros de tratamiento están equipados y mantienen un enlace directo con la Maternidad Sotomayor para el control de las pacientes, a través de sus historias clínicas.

Actualmente, esta entidad cuenta con 505 camas para la atención al público.

Debemos recordar que en la conocida comúnmente como Maternidad Sotomayor, de la Junta de Beneficencia, se atienden, en promedio, más de 80 partos diarios, generalmente mujeres de estratos pobres procedentes de diferentes sectores del país, especialmente de la región costa derivadas de otros hospitales, centros o subcentros de salud, por la complejidad de los casos.