



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

TÍTULO:

**INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNIDAD
MARIANA DE JESÚS 2015**

AUTORA:

SOEUR NICOLE MASI BWANA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE:**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA:

LCDA. ROSA CALDERÓN MOLINA, Mgs.

Guayaquil-Ecuador

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”
CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Soeur Nicole Masi Bwana**, como requerimiento parcial para la Obtención del **Título de licenciada en Enfermería**.

TUTORA

LCDA. ROSA CALDERÓN MOLINA, Mgs.

OPONENTE

LCDA. ROSA MUÑOZ

DIRECTORA DE LA CARRERA

LCDA. ANGELA MENDOZA V.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Sor Nicole Masi Bwana

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación “Incidencia de Preeclampsia en Adolescentes Embarazadas en el Área de Hospitalización en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús 2015” Previa a la obtención del **Título de Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente es trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2015.

AUTORA

Soeur Nicole Masi Bwana



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

AUTORIZACIÓN

Yo, Soeur Nicole Masi Bwana.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la Institución del Trabajo de Titulación **“INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS 2015”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2015

AUTORA

Soeur Nicole Masi Bwana

AGRADECIMIENTO

Dios es el que salva,
Dios es el que cura,
Dios es el que sana.

Tan solo tenemos que creer en Él para comenzar a recibir sus bendiciones y, cuando los demás te defrauden, cuando muchos te abandonen, cuando piensas que estás solo, mira hacia arriba, Dios siempre te será fiel.

Por eso, al término de esta larga jornada, agradezco:

A Dios, Padre providente, que me ama y cuida de mí como si fuera única en este mundo, a ese Dios que me dió cada día, la alegría, la esperanza, la perseverancia, la fortaleza y el valor de luchar para llegar al fin de este trabajo.

A mis padres que están lejos. Gracias, padres queridos, por haberme traído al mundo; estoy tan orgullosa de ustedes por su capacidad de enseñanza, de apoyo, de firmeza y de constancia. De manera muy especial, agradezco a **mi madre, Constantine Luniema, a mi abuelita Marie Louise**, dos mujeres luchadoras que me enseñaron a descubrir la vida con amor, a salir adelante aún en medio de la tribulación, a mantener la calma, la tranquilidad y sobre todo la esperanza; ya Dios actuará en las cosas más pequeñas me decían. Con esta certeza y confianza crecí, abracé mi vida y sigo confiando en Dios a través de ellos. Queridos padres, ustedes me acompañaron con sus oraciones, me enseñaron desde pequeña a esforzarme para alcanzar mis metas. Pido a Dios que les conceda salud y una vida en abundancia como lo merecen.

A mi querido tío sacerdote, Denis Musengele. Tú has ido guiándome, paso a paso, para descubrir mi vocación. Sé que me acompañas cada día con tus oraciones y que siempre me deseas lo mejor. Tú has hecho muchas cosas maravillosas en mi vida espiritual; tú ocupas el primer lugar en la familia porque eres el padre espiritual de todos. Te quiero mucho por tu humildad, tu sencillez y tu abandono a Dios en tu ministerio. Deseo que tu vida apostólica produzca muchos frutos.

A toda mi familia, mis hermanos, mis tíos, primos, sobrinos, a quienes quiero muchísimo.

A Soeur Marthe Dachet, Superiora General, por su continuo acompañamiento a través de la oración y de sus palabras llenas de esperanza que me han animado a alcanzar esta meta para que mi profesión esté siempre al servicio de los más necesitados.

A mi queridas Hermanas del Congo quienes, de una manera constante, me tuvieron presente en su oración, en sus sacrificios, dándome cada día ánimo para fortalecer mi fe en Dios providente y para que yo sea dócil a la voz de Dios. Gracias, queridas Hermanitas, no se olviden de mí ante el Señor y que Él las colme de bendiciones.

A Sor María Isabel Cabezas, Superiora Provincial del Ecuador. Mi gratitud es grande hacia usted por haberme facilitado la continuación de mis estudios, por haberse interesado siempre por la marcha de los mismos y por haberme dado su comprensión en los momentos difíciles por los que pasa una religiosa estudiante.

A mis queridas Hermanas del Ecuador. Ustedes son los signos visibles y palpables de la coronación de mis estudios. Les agradezco mucho por sus consejos, por su amor, por su comprensión, por la apertura que me dieron, por todo lo material y espiritual que me han brindado para llegar al final; sin ustedes no habría llegado a este momento de alegría: ser una profesional y, a ejemplo de Cristo, poder entregarle mi vida para curar y sanar, a pesar de las pruebas propias de nuestro caminar terreno.

A Sor Clemencia de la Torre y a Sor Nadezda Goyez. Profundas gracias a ustedes porque decidieron enviarme a misión, por la oportunidad que me dieron de salir de mi país para acoplarme a la vida ecuatoriana. Queridas Madres, muchas gracias. Nunca me olvidaré de ustedes. Son para mí testimonio y ejemplo a seguir porque han sido mis formadoras, mis Superiores General y Regional, porque sembraron en mí la semilla del amor, de la constancia y de la entrega al servicio sin esperar nada a cambio. Eso lo aprendí de cada una de ustedes. Sigán ayudando a nuestra Congregación con los dones y talentos recibidos de Dios. Ustedes serán siempre para mí unas Madres increíbles que conocí y que enseñan con el ejemplo.

A Soeur Wivine Kuma-Kuma, Soeur Octavie Abongi, Soeur Dominique, Soeur Elian Dembli, mis queridas Hermanitas formadoras, que aclararon mis dudas, mis inquietudes y me ayudaron a abrazar este camino de hijos de Dios; ustedes fueron ejemplo, fortaleza, modelos a seguir. Muchas gracias por todo lo que inculcaron en mí, por su apertura al formarme y animarme a seguir esta vida consagrada con confianza y sencillez de corazón. Ahora, aquí estoy, continuando esta lucha de cada día que no es fácil, pero feliz de decir siempre sí a Dios a través de mi Congregación, mi país El Congo, mis Hermanas y los más necesitados. Cuento siempre con sus oraciones.

A Sor María Fernanda Villacís. Usted, querida Madre, me brindó una gran acogida la primera vez que llegué al Ecuador, siempre cariñosa, madre atenta y comprensiva que me ayudó mucho en mi vida espiritual. Siempre seguiré contando con sus oraciones y su ejemplo. Gracias por haber

resueltos mis interrogantes y estar pendiente de mi vida comunitaria, misionera y religiosa. Por ser un espacio donde encontré lo que necesitaba De todo corazón, gracias. Esta experiencia misionera junto a usted quedará siempre viva en mis oraciones y en mi corazón.

A Sor Beatriz de Jesús y Sor Julia Elena Naranjo. Ustedes son para mí madres, abuelitas, hermanas, amigas que jamás se apartarán de mi corazón. Les agradezco infinitamente por cada detalle, por cada momento que dieron de su tiempo para escucharme. Gracias por su sencillez y su testimonio de vida que me ha ayudado a enfrentar la vida misionera con valentía, coherencia y sobre todo a ser una verdadera Hermana de la Providencia. Ustedes dos me aceptaron en este país como soy, con mis virtudes y defectos; observé en ustedes transparencia en la mirada, en las palabras, en los consejos; sentí que de verdad me quieren, que puedo contar y seguir contado con ustedes el resto de mi vida. Que Dios multiplique sus bondades y les conceda el uno por mil.

A Sor Carlota. Si ahora soy Licenciada en enfermería es gracias a usted que me dió la oportunidad de estudiar y prepararme. Su nombre está escrito en el libro de Dios y en el de mi corazón. Gracias por su generosidad y por su ternura. Que Dios providente la cuide en su camino hasta al final. No deje de ser esta madre tan buena de corazón y de espíritu.

A Sor Martha Paucar. Con usted, Madre, compartí muchas cosas buenas, aprendí que la vida comunitaria es una flor a la que se debe echar agua cada día para que florezca; usted es una de esas flores. Gracias, Madre, porque usted fue la primera persona en acompañarme a la Universidad, gracias por todo el tiempo que pasó conmigo, guiándome, apoyándome. Gracias, querida Madre, por sus ideas y consejos y sobre todo por haber sido ese espacio espiritual al que podían acudir siempre; gracias por su preocupación en cada una de mis necesidades espirituales y materiales. Dios multiplique su bondad.

A Sor Lidia Pozo, mi actual Superiora, le agradezco por sus sacrificios de cada día y porque me brinda un campo suficiente para poder trabajar mejor y desarrollar mis conocimientos, tanto en la Comunidad como en la Universidad. Gracias por entender mi situación de religiosa estudiante, por ayudarme a realizar los trámites necesarios, por concedérmelas mejores y adecuadas condiciones para realizar mi Tesis. Gracias infinitamente, una vez más, por su colaboración incondicional.

A Sor María Germana, Sor Sabina, Sor Consuelo, Sor Lidia Pinto, Sor Gabriela Burgos, Sor Mery y Sor Juliana, Sor María del Carmen Plaza gracias, sin olvidar a mis queridos Misioneros, Misioneras que compartieron

y que comparten sus momentos de alegría en la vida comunitaria y misionera. Queridas Hermanas, hermanos, ustedes fueron y son mi ayuda, mi fortaleza en los momentos de tristeza, de cansancio, de duda. Gracias por sus sonrisas, sus preocupaciones, sus oraciones, su cercanía; he sentido de verdad esta compañía de hermanos durante mis años de estudios. De todo corazón, gracias y bendiciones.

A la Lic. Ángela Mendoza, Fanny Ronquillo, Nora Carrera, Carmen Zea, Gladys Jarrin, Alexandra Palacios, Dinora Villafuerte, Laura Molina, Anita González, Miriam Muñoz, Rosa Muñoz, Otilia Gómez, Fanny Gaibor, Jessica Palma, Dr. Francisco Obando, Dr. Cueva Amalia Martínez .Que me brindaron sus conocimientos, sus consejos, su entrega. Gracias por todas las veces que fueron tan comprensivos conmigo y me dieron aliento para seguir con mis estudios y llegar a ser hoy una profesional consciente, libre y feliz. Queridos Docentes, sigan sembrando en cada uno de sus estudiantes el amor por esta abnegada experiencia de Enfermería ya que ser enfermero o enfermera es un don que no todos tienen la capacidad de vivir. Ustedes se han esmerado en dar lo mejor de cada uno para que yo alcance ahora a coronar mi profesión. Gracias y bendiciones para todos.

A la querida tutora de la Tesis, Lic. Rosa Calderón Molina. Sin su perseverancia e insistencia, sin su apoyo incondicional, el trabajo de la Tesis no habría llegado a buen término. Usted es maravillosa y excelente profesional y nos anima a todos los estudiantes a seguir ese camino de entrega. Muchísimas gracias.

A Lic. Margarita Meier Caballero. Qué pena no haberla conocido antes; en poco tiempo usted ha sido para mí una excelente persona, amiga, madre y fortaleza que ha aclarado mucho mis dudas e inquietudes estudiantiles. Gracias, y que Dios multiplique sus esfuerzos de cada día.

A Marisol Zambrano, Ericka Asencio, Karina Delgado, Edwin Silva, Alba Blandón, Miguel Montenegro, Alicia Naranjo, Aurita Valencia, Eleonor Vera, Amaris Medina, Josefina Mera, Silvia Delgado, Nelly Salcedo, Homero Ruiz, Patricia López, mis verdaderos amigos que me han apoyado en los momentos buenos y en los momentos desagradables. Con ustedes he compartido muchas cosas alegres en este país: como misionera con unos en Esmeraldas y con otros en Guayaquil. Muchas gracias por su amistad sincera; siempre se quedarán grabados en mi corazón y mis oraciones los acompañarán toda mi vida. Dios centuple sus esfuerzos diarios y bendiga sus familias, hoy y siempre.

SOEUR NICOLE MASI BWANA

DEDICATORIA

A Mis Padres, Cyril Masi y Constantine Luniema que me trajeron al mundo, que están siempre en mí y rezan por mi felicidad en mi vida religiosa, humana, social e intelectual .su ejemplo de vida y su testimonio como personas y cristianas me conforta a seguir los mismos pasos.

A Mis Hermanos y hermanas, tíos y sobrinos su cercanía y generosidad me motiva a ser buena religiosa y buena profesional, demostrando cada día generosidad a los que me necesitan.

A Mis Hermanas en Cristo de la Providencia e de la Inmaculada Concepción del Congo, Bélgica, Ecuador, Colombia, sus oraciones cotidianas han dado frutos en mí al llegar al final de mi meta

A mis Amigos y amigas todos los que se han hecho presentes en acompañarme durante estos años de estudios con sus oraciones, presencia espiritual y física, ustedes han sido confort, paz, fortaleza esperanza dándome la mano en cuanto necesitaba.

A mis compañeros y compañeras con quienes compartimos, alegrías, penas, chistes, dudas en nuestra vida estudiantil, buenas experiencias llevo de mi corazón estos lindos recuerdos de ustedes.

A quienes de lejos y de cerca me desean el bien y rezan siempre por mí, mil gracias por cada uno, la misión cumplida.

SOEUR NICOLE MASI BWANA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PRESIDENTE(A) DEL TRIBUNAL

LCDA. ROSA CALDERÓN MOLINA, Mgs.

TUTORA

PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”

CALIFICACIÓN

LCDA. ROSA CALDERÓN MOLINA, Mgs.

TUTORA

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	IX
TRIBUNAL.....	XI
CALIFICACIÓN.....	XII
ÍNDICE GENERAL.....	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XV
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACTO.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6

CAPITULO II

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.1. Adolescencia en el Ecuador.....	7
2.1.2. Embarazo en la Adolescencia.....	7
Adolescencia temprana.....	8
Adolescencia media.....	8
Adolescencia tardía.....	8
2.1.3. Consecuencia del Embarazo en Adolescentes.....	8
Preeclampsia.....	9
Hemorragias vaginales.....	9
Parto pre-término.....	9
Recién nacido con bajo peso al nacer.....	9
Muerte materna.....	9
2.2. AFECCIONES HIPERTENSIVAS EN EL EMBRAZO.....	10
2.2.1. Factores de riesgo socio-demográficos, edad materna y paridad en relación con morbilidad y mortalidad.....	11
2.2.2. Preeclampsia.....	11
Factores de riesgo maternos.....	12
Factores de riesgo ambientales.....	13
2.2.2.1. Clasificación de la Preeclampsia en el Embarazo.....	14
Preeclampsia leve.....	14
Preeclampsia severa.....	14
2.2.2.2. Diagnóstico de la Preeclampsia durante la gestación.....	15
Diagnóstico de la preeclampsia leve.....	15
Diagnóstico de la preeclampsia severa.....	15
2.2.2.3. Tratamiento de la preeclampsia.....	16

2.2. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	17
CAPITULO III	
2.3. VARIABLES GENERALES.....	19
Materiales y Métodos.....	20
CAPITULO IV	
Gráficos.....	21
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #1 Embarazos con preeclampsia.....	21
Gráfico #2 Edad de las embarazadas.....	22
Gráfico #3 Población de embarazadas.....	23
Gráfico #4 Etnias de las embarazadas.....	24
Gráfico #5 Antecedentes de Enfermedades maternas.....	25
Gráfico #6 Antecedentes de Enfermedades maternas-hipertensión.....	26
Gráfico #7 Antecedentes de Enfermedades maternas-preeclampsia.....	27
Gráfico #8 Antecedentes de Enfermedades maternas-enf.vasculares.....	28
Gráfico #9 Antecedentes de Enfermedades maternas-diabetes.....	29
Gráfico #10 Antecedentes de Enfermedades de la adolescente.....	30
Gráfico #11 Tipo de preeclampsia.....	32
Gráfico #12 Controles prenatales.....	33
Gráfico #13 Ingreso al hospital.....	34

RESUMEN

En Ecuador existe una relación de 45.9 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, es decir que la mortalidad materna está en un 44%, siendo que el nuestro país está en tercer lugar en embarazos en adolescentes es del 20.25% de nacimientos, en el 2013 fueron de madres menores de 19 años. La investigación se trata deficiencia de Preeclampsia en adolescentes embarazadas con preeclampsia en el área de hospitalización del Hospital de Especialidades Maternidad Mariana de Jesús”. **Objetivo:** Analizar la incidencia de preeclampsia en adolescentes embarazadas. **Materiales y Métodos:** **Población:** 28 casos de adolescentes que corresponde al total de casos de adolescentes embarazadas desde enero-agosto del 2015, **Tipo de Estudio:** Descriptivo, cuantitativo, transversal. **Técnica:** Observación directa. **Instrumento de recolección de datos:** Matriz de recolección indirecta, dirigida a la revisión de historias clínicas. **Resultados:** Las adolescentes embarazadas con preeclampsia se presentaron en mayor número entre las edades de 17-18 años, también se comprobó que la mayoría de las adolescentes no asistieron a sus controles prenatales, que en un total de 11 embarazos padecían de hipertensión arterial, 5 ya padecieron preeclampsia en embarazos anteriores y 3 son diabéticas; lo que contribuyó a que dichas embarazadas ingresaron por emergencia. **Conclusiones:** Prevenir la preeclampsia corresponde al Equipo de Salud de toda institución, Enfermería tiene la responsabilidad de fomentar, promocionar y prevenir a través de acciones educativas. Mantener campañas de información permite brindar una mejor información con los usuarios.

Palabras Claves: Incidencia- Preeclampsia- Adolescentes Embarazadas

ABSTRACTO

In Ecuador there is a relationship of 45.9 maternal deaths per 100,000 live births, meaning that maternal mortality is 44%, and that our country is in third place in teenage pregnancy is the 20.25% of births in 2013 were Mothers under 19 years. The research is: "Incidence of Preeclampsia pregnant teens in the ward Specialty Hospital Maternity Mariana de Jesus". **Objective:** To analyze the incidence of Preeclampsia in pregnant adolescents. **Materials and Methods: Population:** 28 cases of teenagers is the total of cases of pregnant teenagers from January to August 2015. **Type of study:** Descriptive, Quantitative, cross. **Technique:** Direct observation. **Data Collection Instrument:** Matrix indirect observation, aimed at reviewing medical history. **Results:** Pregnant teens with preeclampsia were presented in greater numbers between the ages of 17-18 years, also found that most teenagers do not attend prenatal checkups, which in total of 11 pregnant suffered from hypertension, 5 suffered preeclampsia in previous pregnancies and 3 are diabetic; which they encouraged these pregnant admitted for emergency. **Conclusions:** Preeclampsia corresponds to Prevent Health Team institution, Nursing has a responsibility to encourage, promote and prevented through educational activities. Keep information campaigns can provide better information to users.

KEY WORDS: Adolescent pregnancy – Incidence - Preeclampsia

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud indica que diariamente fallecen alrededor de 800 mujeres por causas relacionadas al embarazo y parto, dentro de las cuales la preeclampsia ocupa el tercer lugar (SALUD O. M., 2015). La preeclampsia se presenta cuando una mujer en el embarazo desarrolla hipertensión arterial y presencia de proteínas en la orina después del segundo trimestre o tercer trimestre de gestación, durante el parto o puerperio (PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, 2013).

En Latinoamérica las tasas de nacimientos por cada 1000 adolescentes en el año 2011 fueron de 74 en Brasil, 85 en Venezuela, 80 en Panamá, 99 en Guatemala, 101 en República Dominicana, 103 en Nicaragua y 78 en el Ecuador (BELTRAN, 2012).

Mientras que en el 2013 Ecuador, está en tercer lugar de América Latina con las tasas más altas en embarazos adolescentes, año en el cual nacieron 44.728 bebés de madres menores de 19 años, que corresponde al 20.25% del total de nacimientos en ese año (INTERGENERACIONAL, 2014). Sin embargo según las cifras del MSP, en el últimos dos años se produjo una reducción del 10.5%, en comparación a los años anteriores como en el 2010 en el cual hubieron 60.600 nacimientos (TIEMPO, 2015).

En la actualidad, una de cada 10 mujeres que muere en nuestro país es madre adolescente, dos de cada diez niños que fallecen después del parto son hijos de una adolescente y aproximadamente el 19.48% de las mujeres que están dando a luz en nuestro país son mujeres entre los 10 y 19 años de edad (TIEMPO, 2015).

En el Ecuador existen programas para disminuir los embarazos en adolescentes, "Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente" (ENIPLA), que pasó a llamarse

desde mayo del 2015 “Plan Familiar Ecuador”, al mando de Mónica Hernández (REPÚBLICA, 2015).

Los estudios de incidencia como indicadores de salud, representan la actualización de datos importantes en el quehacer profesional, contar con estos datos, permiten tener una visión global de la realidad en los índices de morbimortalidad (MASI, 2015).

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio realizado está relacionado con la línea de investigación de Salud Pública, siendo la preeclampsia la tercera causa de muerte a nivel mundial, el Ministerio de Salud Pública creó la campaña **“Ecuador Sin Muertes Maternas”** (8 marzo 2015), con el fin de que las adolescentes embarazadas se orienten sobre las señales de peligro durante el embarazo y de esa forma reducir la tasa de muertes maternas en nuestro país (MASI, 2015).

En el Ecuador los embarazos en adolescentes van en aumento, lo que trae problemas no solo de salud para la futura madre y el bebé, sino también deserción escolar lo que contribuye al incremento del círculo de pobreza pues la mayoría de las adolescentes provienen de familias de escasos recursos (MINISTERIO DE EDUCACION, 2015). En la actualidad existe **“El Plan Familiar Ecuador, que busca brindar educación y asesoría en afectividad y sexualidad a los adolescentes y jóvenes, tomando como punto de partida la familia y el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables”** (MINISTERIO DE EDUCACION, 2015).

En el contexto del hospital Materno Infantil “Mariana de Jesús” de la ciudad de Guayaquil, la situación de preeclampsia es de especial atención; de acuerdo a las estadísticas del Hospital, para el último trimestre del año 2011, se atendieron 500 casos de preeclampsia (BELTRAN, 2012). Cifras que resultaron preocupantes para el equipo de salud, quienes son los llamados a velar para que esta situación disminuya, se observa gran cantidad de embarazadas que, presentan la probabilidad de padecer esta complicación si no se toman las medidas educativas pertinentes al caso (BELTRAN, 2012).

Durante las prácticas estudiantiles se pudo observar el incremento de los casos de preeclampsia, sin tener mayores datos actuales de este problema importante de salud, por lo tanto, conocer y estar actualizada ha sido una prioridad para este estudio (MASI, 2015).

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Con los antecedentes del problema, se realizaron las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la situación actual de preeclampsia en adolescentes embarazadas? (MASI, 2015)

¿Cuáles son los grupos etarios, académico, étnicos, sociales y demográficos? (MASI, 2015)

¿Cuáles son los factores de riesgo y el tipo de preeclampsia más frecuente en adolescentes embarazadas? (MASI, 2015)

1.3. JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente **en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal** a nivel mundial, sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en vías de desarrollo, donde otras causas también frecuentes ocasionan mortalidad materna (por ejemplo; hemorragias y sepsis) (GINECOLOGIA, 2012).

El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población, la presente revisión de la literatura proporciona evidencia sobre el diagnóstico, prevención, tratamiento de la preeclampsia (GINECOLOGIA, 2012)

Conocer la realidad en relación a la incidencia de este tipo de complicación en adolescentes embarazadas es relevante, porque demuestra una situación problema que afecta de forma personal, familiar, económica y social y factible porque se ha podido acceder a datos estadísticos en relación al problema original porque es un tema que usualmente no se investiga continuamente, dándose a conocer estudios cada 5 años (GINECOLOGIA, 2012).

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación actual de la incidencia de preeclampsia en adolescentes embarazadas del área de hospitalización en el Hospital de Especialidades Maternidad “Mariana de Jesús”¹.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Establecer los casos de preeclampsia en adolescentes embarazadas de acuerdo a la edad, etnia y situación demográfica².
- ✓ Describir los factores de riesgo en adolescentes embarazadas con preeclampsia³.
- ✓ Clasificar el tipo de preeclampsia que presentan las adolescentes embarazadas⁴.

¹ Soeur Nicole

² Soeur Nicole

³ Soeur Nicole

⁴ Soeur Nicole

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEÓRICA Y LEGAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ADOLESCENCIA EN EL ECUADOR

En el Ecuador un 3% de adolescentes entre 12 a 17 años vive o ha vivido en pareja, dentro de este porcentaje el 1% está en unión libre y 0,6% están casados (INEC 2012), Cuando se trata de mujeres adolescentes se eleva al 2% de ellas vive en unión libre (INTERGENERACIONAL, 2014). Las provincias de la Costa que más sobresalen en la precocidad del matrimonio o unión libres son 3; En los Ríos el 8% de las adolescentes están casados o unión libre, en Manabí es el 6% y en el Oro es el 5%. (INTERGENERACIONAL, 2014)

2.1.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

La adolescencia tiene diferentes características ya sean individuales o culturales, para poder interpretar sus actitudes y comprenderlos especialmente durante un embarazo tenemos que conocer las diferentes etapas que cursan durante la adolescencia y más que nada entender: “Que una embarazada adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes” (ISSLER, 2001).

Los embarazos en adolescentes son más altos en los países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, puesto que somos una sociedad permisiva, es decir se permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial (ISSLER, 2001). Es decir que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno causado por varios factores, como la menarca temprana, relaciones sexuales a temprana edad, familias disfuncionales, bajo nivel educativo, pensamientos mágicos como fantasías

de esterilidad (adolescencia temprana), falta o distorsión de información sobre las relaciones sexuales, abuso sexual (ISSLER, 2001).

En la adolescencia temprana, casi siempre el bebé termina en la custodia de los abuelos, porque la joven no está consciente que va a ser madre, se vuelve más dependiente de la madre, más se preocupa por los dolores de parto que por el bebé en sí, por lo general el embarazo a esta edad es causada por abuso sexual (ISSLER, 2001).

En la adolescencia media, son más conscientes de su embarazo utilizándolo como instrumento de manipulación hacia sus padres o las personas a cargo de ella, muchas veces exhiben su vientre de forma exagerada (exhibicionismo), temen el dolor de parto pero también temen por el bebé, con frecuencia cuando pierden su pareja (el padre de su hijo) buscan otro compañero aún durante el embarazo (ISSLER, 2001).

En la adolescencia tardía, por lo general la crianza del hijo no tiene inconvenientes si cuenta con el apoyo de su familia o pareja (ISSLER, 2001).

2.1.3. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Ser madre muy joven puede ser riesgoso para la salud puesto que se representa mayores riesgos que cuando se presenta en la plenitud reproductiva, pero en el caso de los adolescentes existen dos factores determinantes que incrementan el riesgo en este grupo de edad, el ocultamiento del embarazo y el no llevar un buen control natal, en parte derivado de la primera causa por el temor a la reacción de los padres y de la pareja (TERRA.COM, 2015).

Cuando una mujer es muy joven, hay riesgos en el embarazo:

- ✓ **Preeclampsia:** Es un trastorno que afecta con más frecuencia después de la semana 37, pero puede aparecer durante la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio, se caracteriza por

el aumento en la presión sanguínea y proteinuria (TERRA.COM, 2015).

- ✓ **Hemorragias vaginales:** Que se relacionan con amenazas de abortos espontáneos o en los embarazos ectópicos que ocasiona el rompimiento de la Trompa e Falopio, llevan a ser emergencias quirúrgicas (TERRA.COM, 2015).
- ✓ **Parto pre-término:** Es cuando el parto ocurre entre las 20.1 y 36.6 semanas de gestación, aproximadamente es el 12.7% de todos los nacimientos (TERRA.COM, 2015).
- ✓ **Recién nacido con bajo peso al nacer:** El bebé corre un riesgo mayor de padecer serios problemas de salud durante las primeras semanas de vida, como incapacidades permanentes e incluso la muerte (TERRA.COM, 2015)
- ✓ **Muerte materna:** Es más común en mujeres que tienen enfermedades anteriores al embarazo como diabetes, leucemia o cualquier otro padecimiento crónico (TERRA.COM, 2015).

Según datos de la **Organización Mundial de la Salud** se puede indicar que:

- ✓ Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (SALUD O. M., 2014)
- ✓ Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (SALUD O. M., 2014)
- ✓ La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres (SALUD O. M., 2014)
- ✓ En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (SALUD O. M., 2014)
- ✓ La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (SALUD O. M., 2014).
- ✓ En muchos países, las adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población (SALUD O. M., 2014)

- ✓ La actividad sexual de las adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (SALUD O. M., 2014).

2.2. AFECCIONES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

Incluyen muchas enfermedades vasculares que existen desde antes del embarazo o como complicaciones durante la gestación o el puerperio temprano, debido a diversas alteraciones cardiovasculares, el embarazo induce hipertensión en mujeres normotensivas antes, durante o aumenta condiciones hipertensivas preexistentes (BELTRAN, 2012). Antes se utilizaba el término toxemia porque se creía que la afección era por toxinas derivadas de los productos de la concepción que entraban a la sangre (BELTRAN, 2012). “El American Collage of Obstetricias and Gynecologists en 1972, introdujo un sistema de clasificación para las afecciones hipertensivas del embarazo que excluyo el diagnostico de toxemia” (BELTRAN, 2012). En la actualidad se utiliza el término de hipertensión inducida por el embarazo, este síndrome se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria (BELTRAN, 2012). Entre las categorías de hipertensión inducida por el embarazo existen la preeclampsia y eclampsia, pero el término eclampsia se emplea cuando el curso clínico de la paciente avanza hasta convulsiones generalizadas o coma (BELTRAN, 2012). El predominio de la afección es muy alta entre ciertos grupos como: primigrávidas jóvenes, mujeres con hipertensión crónica, mujeres que son de medios socio-económicos bajos (BELTRAN, 2012). En EEUU, la hipertensión inducida en el embarazo es una de las primeras causas de la muerte materna, un 17% de las muertes cada año y como causa de muerte fetal es aún más significativa, y los recién nacidos que sobreviven suelen sufrir algún grado de incapacidad que afecta la calidad de sus vidas (BELTRAN, 2012).

2.2.1. FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRÁFICOS, EDAD MATERNA Y PARIDAD EN RELACIÓN CON MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La mortalidad y la morbilidad es más altas en hijos de madres primíparas de edad avanzada, madres multíparas y madres muy jóvenes (BELTRAN, 2012). También podemos decir que existe una relación entre el nivel socioeconómico y la edad de la madre; La nuliparidad también produce resultados poco exitosos en especial cuando es a una edad avanzada (BELTRAN, 2012). Podemos decir que la edad y paridad son las dos características biológicas que tienen un significado social específico de malos resultados reproductivos materno-fetal cuando se relacionan con un nivel socioeconómico bajo (BELTRAN, 2012). Las embarazadas de bajos ingresos son más predispuestas a tener un estado de salud inferior lo que resulta en complicaciones obstétricas durante esta etapa (BELTRAN, 2012)

2.2.2. PREECLAMPSIA

Durante el embarazo se considera que la presión arterial debe estar en 120/80mmHg, según la OMS se considera hipertensión arterial (HTA) para gestantes si tienen valores igual o mayor a 140mmHg de sistólica y/o 90mmHg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por cuatro a seis horas (PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, 2013). La preeclampsia se diagnostica después de las 20 semanas de gestación, con una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg + presencia de proteinuria; por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedades Trofoblástica Gestacional, síndrome Antifosfolipídico Severo o embarazo múltiple (PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, 2013).

Es una patología exclusiva del embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación, durante el parto y

posparto (hasta 30 días), es más común durante el último trimestre y en la mayoría de las veces se resuelve dentro de las 48 horas después del parto; se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial, proteinuria y edema, la falta de un manejo oportuno puede conducir a eclampsia; El desarrollo de la preeclampsia puede ser gradual o repentina (FOUNDATION, PREECLAMPSIA.ORG, 2014).

La Preeclampsia aún se desconoce la causa, pero se cree que la dieta, los trastornos autoinmunes, los problemas vasculares o la predisposición genética pueden ser algunas causas posibles (INFANTIL.COM, 2013), podemos tener en cuenta algunos factores como:

Factores de riesgo maternos:

- Haber sufrido preeclampsia en embarazos anteriores
- Embarazos múltiples
- Embarazos seguidos
- Embarazo molar (trastorno congénito que afectan al feto)
- Primer embarazo
- Nuliparidad
- Deficiencia nutricional en el embarazo
- Obesidad
- Ser de ascendencia africana, americana e hispana
- Trastornos autoinmunes, como lupus, incluyendo artritis reumatoide, sarcoidosis o esclerosis múltiple
- Embarazos en mujeres mayores de 35 o menores de 18 años
- Historial familiar de preeclampsia
- Historial de enfermedades crónicas, como hipertensión crónica, diabetes, enfermedad renal o trasplante de órgano, epilepsia
- Infecciones recurrentes de las vías urinarias o alteraciones renales
- Síndrome de ovario poliquístico (aumenta un 45% la posibilidad de padecer preeclampsia)

- Factores emocionales (depresión, estrés u otros acontecimientos que alteren el estado anímico de la madre)
- Enfer. Cardiovascular (FOUNDATION, PREECLAMPSIA.ORG, 2014)

Aproximadamente el 75% de los casos de preeclampsia corresponde a las primigestas, lo que es atribuido al menor desarrollo de la vascularización uterina, ya que se ha confirmado que el calibre de sus arterias uterinas es menor que el de las múltiparas (MEDICINA, 2015)

En las embarazadas cuyas madres o hermanas padecieron preeclampsia o eclampsia tienen una mayor probabilidad de padecer dicha enfermedad, especialmente en embarazadas de edad extrema, es decir antes de los 20 años y después de los 35 años, siendo una curva en “J” la que mejor representa la relación incidencia –edad (MEDICINA, 2015).

En las embarazadas con diabetes mellitus con inadecuado control metabólico y con nefropatías diabética la incidencia es mayor que las que se controlan, al igual que en los embarazos múltiples donde se atribuye la causa a la mayor demanda placentaria (MEDICINA, 2015). En las mujeres que presentan mola hidatiforme, la aparición de la preeclampsia es más precoz y frecuente en especial cuando son molas de gran tamaño (MEDICINA, 2015).

Factores de riesgo ambientales:

- Lugar de residencia
- Nivel de escolaridad bajo
- Cuidados prenatales (FOUNDATION, PREECLAMPSIA ORG, 2014)

2.2.2.1. CLASIFICACION DE LA PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO

Preeclampsia leve: la tensión arterial esta entre 140/90mmHg y 159/109mmHg, con proteinuria mayor o igual a 300mg/24 horas (hasta menor a 500mg/24 horas), no hay síntomas neurológicos; exámenes de laboratorio no indican severidad (EE.UU., 2012) (ROMAN, 2013).

Preeclampsia severa: la tensión arterial es mayor o igual a 160/110mmHg, con proteinuria mayor a 5mg/24h, alteraciones hepáticas y renal, alteraciones hematológicas, restricción de crecimiento intrauterino, oligoamnios, desprendimiento de placenta y hay signos neurológicos (cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho), oliguria menor 500ml en 24 horas, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, hemolisis, plaquetas menores a 100000 mm³ (ROMAN, 2013).

2.2.2.2. DIAGNÓSTICO DE LA PREECLAMPSIA DURANTE LA GESTACIÓN

Para poder diagnosticarlo se necesita que la embarazada asista regularmente a sus controles prenatales, puesto que en la mayoría de los casos la preeclampsia es asintomática (MATERNOFETAL.NET, 2015).

Diagnóstico de la preeclampsia leve

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presenta dos o más de los siguientes signos posteriores a la semana 20 de gestación, durante el parto o el puerperio (no más de 30 días) (PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, 2013):

- **Presión sistólica**, mayor o igual a 140mm/Hg o elevación mayor o igual a 30mmHg sobre la presión habitual
- **Presión diastólica**, mayor o igual a 90mm/Hg, o elevada mayor o igual a 15mm/Hg sobre la presión habitual
- **Proteinuria**, 30mg/dl o más en tiras reactivas (se requiere de dos determinaciones o más en un lapso en 6 horas)
- **Edema**

Cuadro de Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia

Diagnóstico de la preeclampsia severa

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando después de la semana 20, durante el parto o en el puerperio (no más de 30 días), se presentan dos o más de los siguientes signos (PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, 2013):

- **Presión sistólica** mayor o igual a 160mm/Hg y presión diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg
- **Proteinuria** mayor a 5 mg en orina de 24 horas o su equivalencia en tiras reactivas (más de 3+)
- **Oliguria** de menos de 500ml en 24 horas
- **Trastornos cerebrales o visuales**
- **Edema generalizado**

Cuadro de Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia

2.2.2.3. TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA

No Farmacológico

Reposo estricto, restricción de sodio, una dieta normosódica en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia, continuar con dieta hiposódica indicada previamente en hipertensas crónicas; no se recomienda la reducción de peso durante el embarazo para prevenir la hipertensión gestacional (PUBLICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, 2013).

Farmacológico

Los antihipertensivos no se utilizan siempre, sino en aquellas situaciones en que los valores de la tensión arterial resulten peligrosos para la madre e hijo y sea necesario bajarlo (ONMEDA, 2015)

El tratamiento en la preeclampsia grave, la madre debe ser hospitalizada para controlar mejor su estado con antihipertensivos para estabilizar su tensión arterial (no se debe bajar los valores de PA más de 140/90mmHg) y administrar medicamentos como el sulfato de magnesio que eviten las convulsiones y de hiperreflexia (eclampsia), provocar el parto a partir de la semana 32 (o incluso antes), maduración pulmonar del feto con los corticosteroides (ONMEDA, 2015) .

2.2. FUNDAMENTO LEGAL

El desarrollo de este trabajo se apoya también desde el punto de vista legal en las principales líneas, políticas, reglamentos del estado en relación a la salud de la población ecuatoriana y que considera importante tomar como referencia (MASI, 2015).

Según la **Constitución de la República del Ecuador del 2008** en la **Sección séptima: Salud** se indica: **Artículo 32.-** La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros sustenten el buen vivir (ECUADOR, 2008). El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión 41 programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva (ECUADOR, 2008). La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque de género y generacional. En la sección cuarta acerca de mujeres embarazadas (ECUADOR, 2008).

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

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativos, social y laboral
2. La gratuidad de los servicios de salud materna
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y postparto
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. En el plan del buen vivir también se considera lo siguiente (ECUADOR, 2008):

Título VII: Régimen del buen vivir. Capítulo primero: Inclusión y Equidad⁵

Artículo 363.- el Estado será responsable de: Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. Y en las disposiciones Transitorias: Trigésima consta o siguiente: El fondo de solidaridad, en el plazo de trecientos sesenta días, de forma previa a su liquidación, transformará al régimen de empresas públicas, las de régimen privado en las que sea accionista (ECUADOR, 2008). Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado de sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de auditorías, cuyos resultados servirán de base para su transformación (ECUADOR, 2008). 42: El estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el fondo de solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como de los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución hasta su culminación (ECUADOR, 2008).

⁵Constitución del Ecuador

2.3. VARIABLES GENERALES

Incidencia de preeclampsia en adolescentes embarazadas

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO
Preeclampsia Es una patología exclusiva del embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación, durante el parto y hasta los 30 días posparto. Siendo la incidencia el número de casos nuevos/ población determinada.	Casos de preeclampsia	Edad Etnia Situación demográfica	13-14 años 15-16 años 17-18 años 19 años Blanca- Negra- Mestiza- Indígena- Urbana- Rural-	Observación indirecta	Matriz de Observación indirecta
	Factores de riesgo	Antecedentes maternos	Preeclampsia- HTA- Diabetes mellitus- Enf. Cardiovascular- Ninguno-	Observación indirecta	Matriz de Observación indirecta
	Clasificación de preeclampsia	Preeclampsia leve Preeclampsia severa	140/90mmHg 130/80mmHg 130/90mmHg 130/100mmHg 160/80mmHg 160/90mmHg 160/100mmHg 150/100mmHg	Observación indirecta	Matriz de Observación indirecta

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica

Elaborado: Sor Nicole Masi

MATERIALES Y METODOS

Población:

Estuvo conformada por 28 casos de adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Mariana de Jesús, durante la recolección de datos de mayo a agosto del 2015 (MASI, 2015).

Tipo de estudio:

El estudio, es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal (MASI, 2015)

Método de recolección de datos

En el estudio se aplicó la técnica de observación Indirecta, para la observación de datos estadísticos, realizando la revisión de la Historia Clínica (MASI, 2015)

Procedimiento para la recolección de información:

- Presentación de solicitud de autorización institucional.
- Aprobación de recolección de datos institucional
- Recolección de datos en la historia clínica (MASI, 2015)

Instrumento de recolección de datos

Tratándose de una investigación de tipo cuantitativa, se estructuró una matriz de observación indirecta, de acuerdo a los datos operacionalizados que forman parte del estudio (MASI, 2015)

Plan de tabulación y análisis de datos

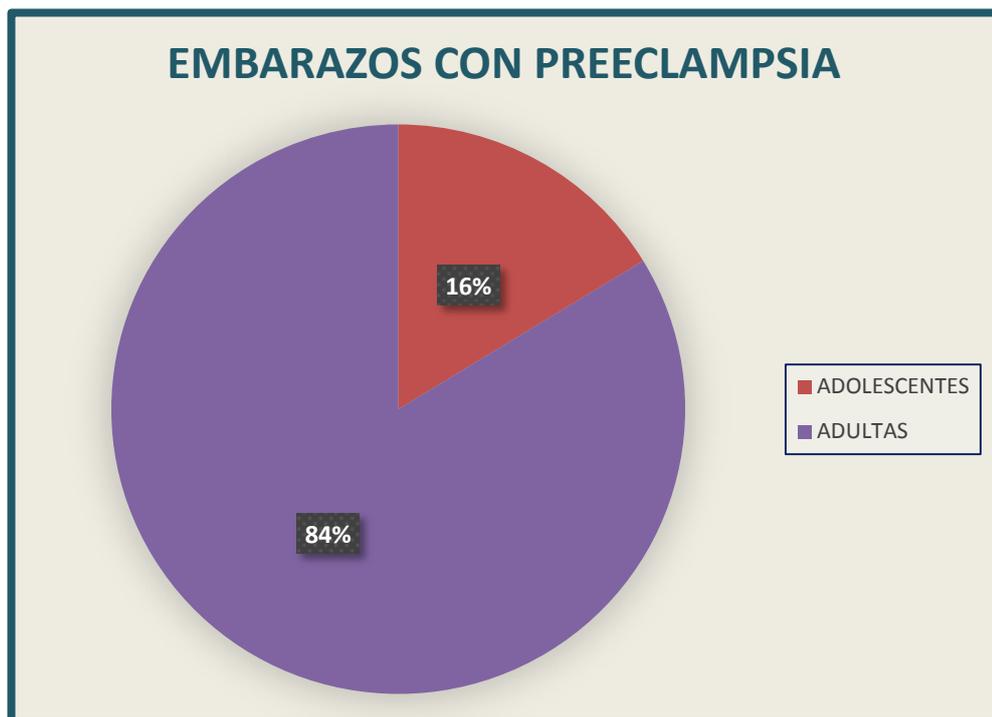
Para la tabulación, se utilizó el programa Excel y los resultados en gráficos tipo pastel, con los porcentajes obtenidos (MASI, 2015).

CAPÍTULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Gráfico #1

Embarazos con preeclampsia en el 2015 de mayo – agosto

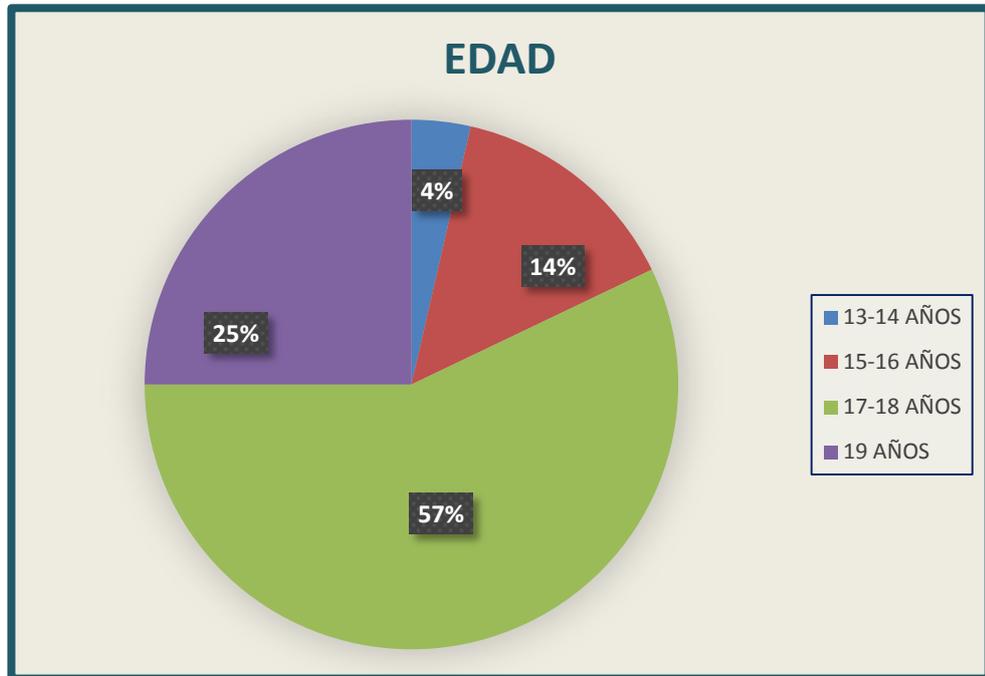


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 1 demuestra que en un total de 28 adolescentes embarazadas padecieron preeclampsia en tan solo un lapso de 4 meses, lo que corresponde al 16 % del total de pre-eclámpticas en dicha unidad hospitalaria, lo que se muestra un posible incremento en este año, puesto que en el año 2014 solo se presentaron 33 casos en todo el año (MASI, 2015).

Gráfico #2

Edad

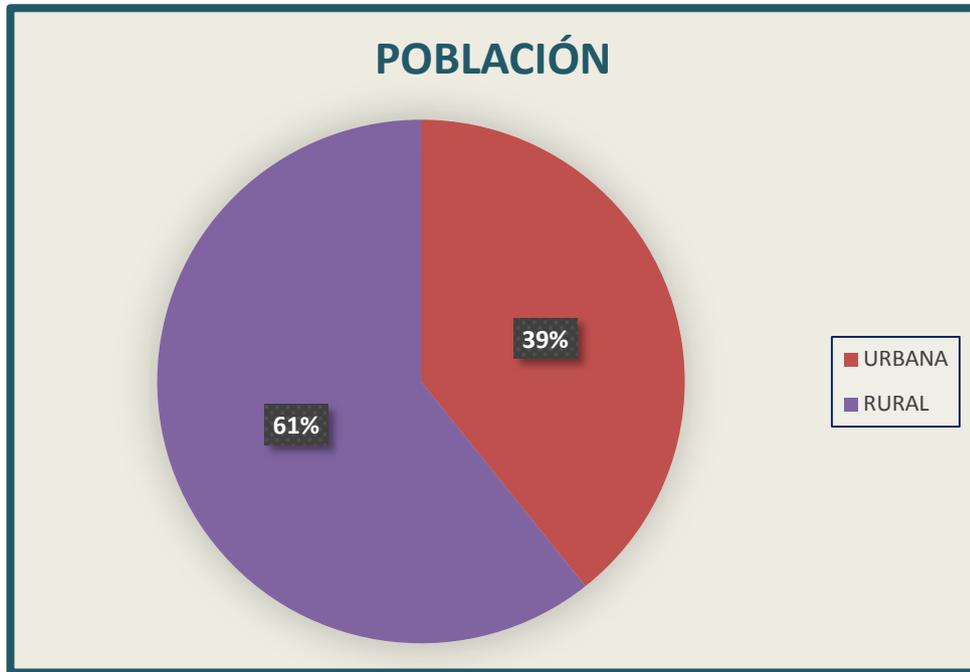


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 2 demuestra que las embarazadas que padecen preeclampsia es mayor en adolescentes entre los 17-18 años y tan solo un 4 % en embarazadas entre 13-14 años, dato que podría ser muy útil para las futuras campañas y charlas que imparten los servidores de salud en la unidad hospitalaria. También puedo concluir que la posible causa de que se presente más la preeclampsia en adolescentes entre los 17-18 años podría ser que ellas ya no vivan junto a sus madres, mientras que las de 13-14 años todavía estén bajo el cuidado de su progenitora (MASI, 2015).

Grafico #3

Población

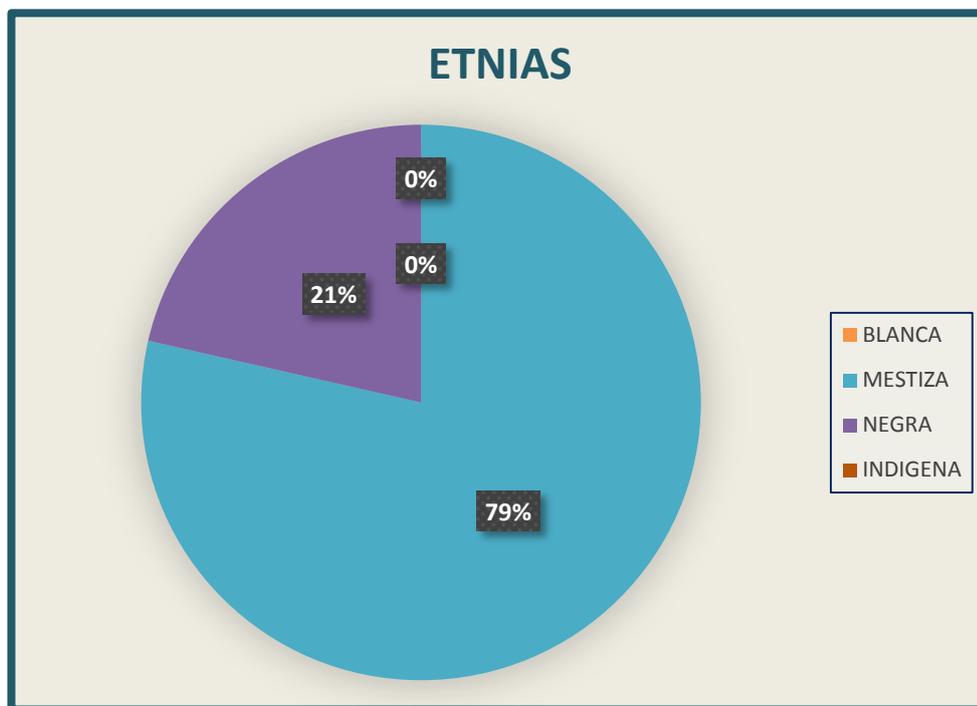


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 3 demuestra que de un total de 28 casos con preeclampsia en el Hospital de Especialidades Materno Mariana de Jesús, la mayoría de sus pacientes con preeclampsia son de origen rural con un total de 17 que corresponde al 61% y tan solo 11 son de origen urbano lo que corresponde al 39%, se puede formularse algunas interrogantes, como: ¿por qué son rurales? ¿Los casos de preeclampsia urbano, corresponden a personas que viven en zonas marginales o también había embarazadas provenientes de sectores céntricos?, en conclusión puedo manifestar que hace falta campañas para evitar muertes maternas y que el personal de salud imparta charlas en sectores rurales sobre los factores de riesgo y de esta forma prevenir o detectar a tiempo la preeclampsia (MASI, 2015).

Gráfico #4

Etnias



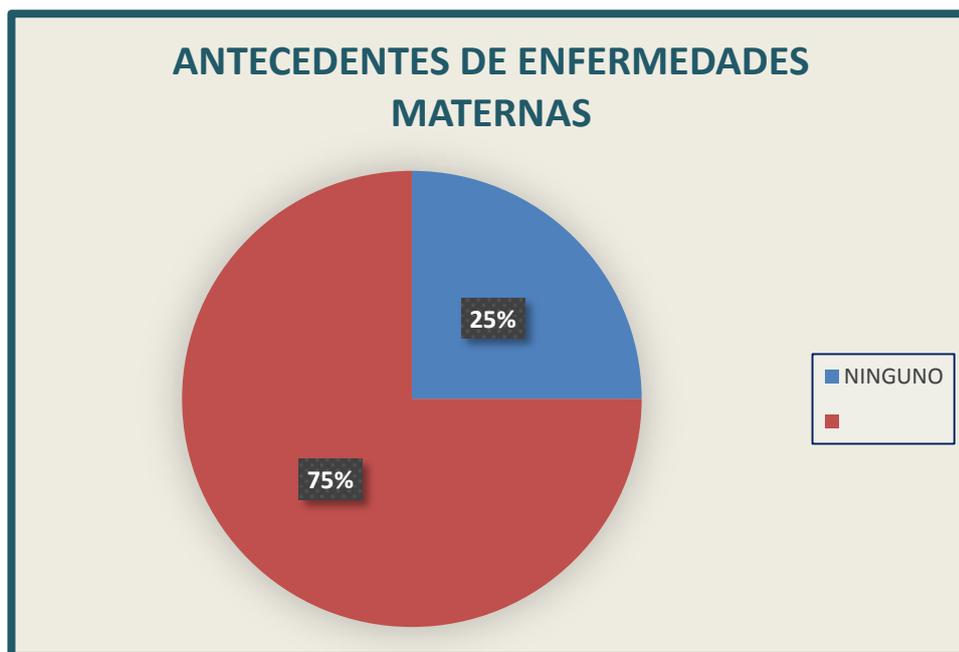
Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: Según los datos del gráfico 4 demuestra que en un total de 22 adolescentes son mestizas lo que corresponde al 79% y tan solo 6 casos son origen afroamericana, podemos concluir que es más común en las mujeres de origen mestizo en esta unidad hospitalaria, pero es algo que no puedo declarar que es de forma general, puesto que en la literatura dice que las embarazadas de raza negra son más propensas a padecer preeclampsia , tengo que tomar en cuenta que en Guayaquil la población es mayormente mestiza (MASI, 2015).

Gráfico #5

ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES FAMILIARES

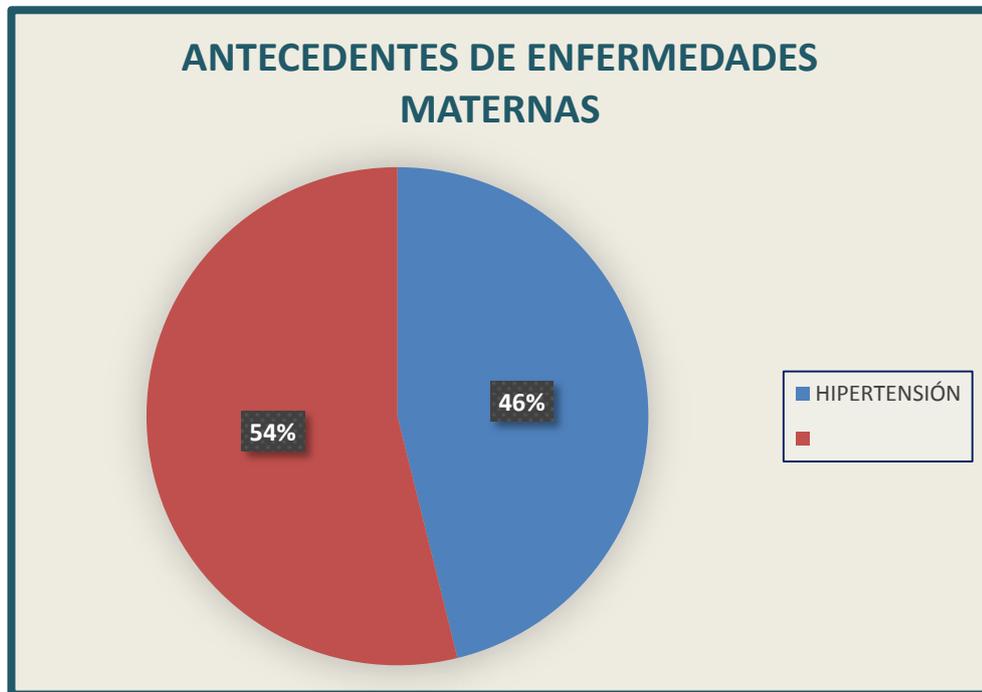
NINGUNA ENFERMEDAD



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 5 demuestra que de un total de 28 adolescentes embarazadas tan solo 6 lo que corresponde al 25% manifestaron que sus progenitoras no padecen ninguna enfermedad, y un total de 22 adolescentes lo que corresponde al 75% dijeron que sus progenitoras padecían de alguna enfermedad (MASI, 2015)

Gráfico #6
HIPERTENSIÓN

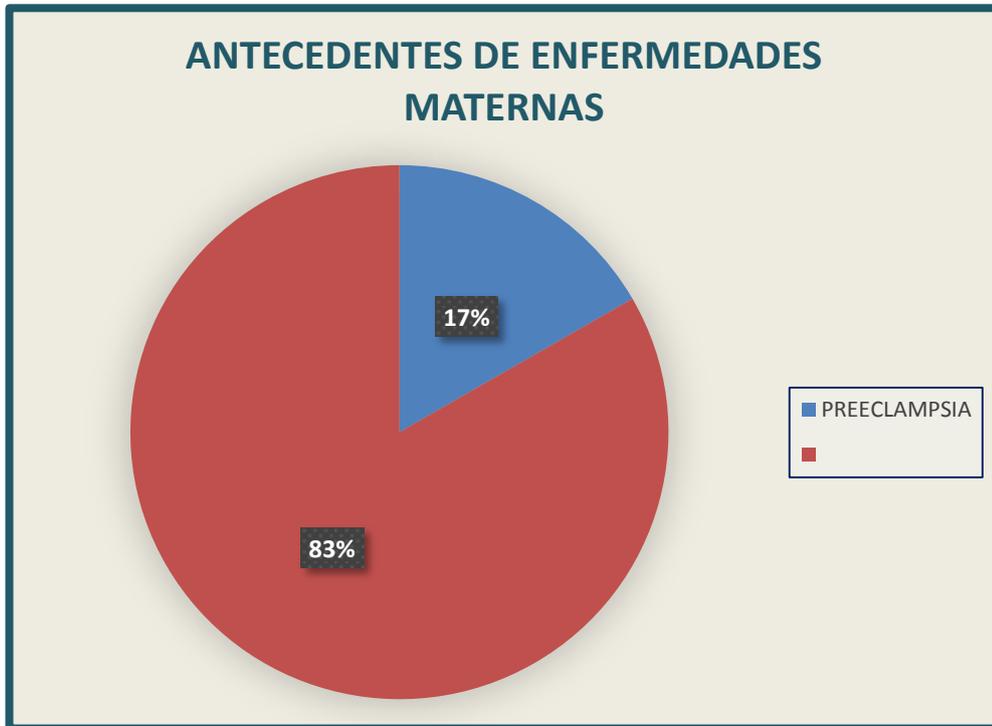


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: Según los datos de gráfico 6 indica que el 46% de las embarazadas adolescentes sus madres padecieron hipertensión lo que corresponde a 12 casos, este en un factor de riesgo alto puesto que si la madre sufre de hipertensión arterial, la adolescente tiene altas posibilidades de desarrollarlo durante el embarazo (MASI, 2015).

Gráfico #7

PREECLAMPSIA

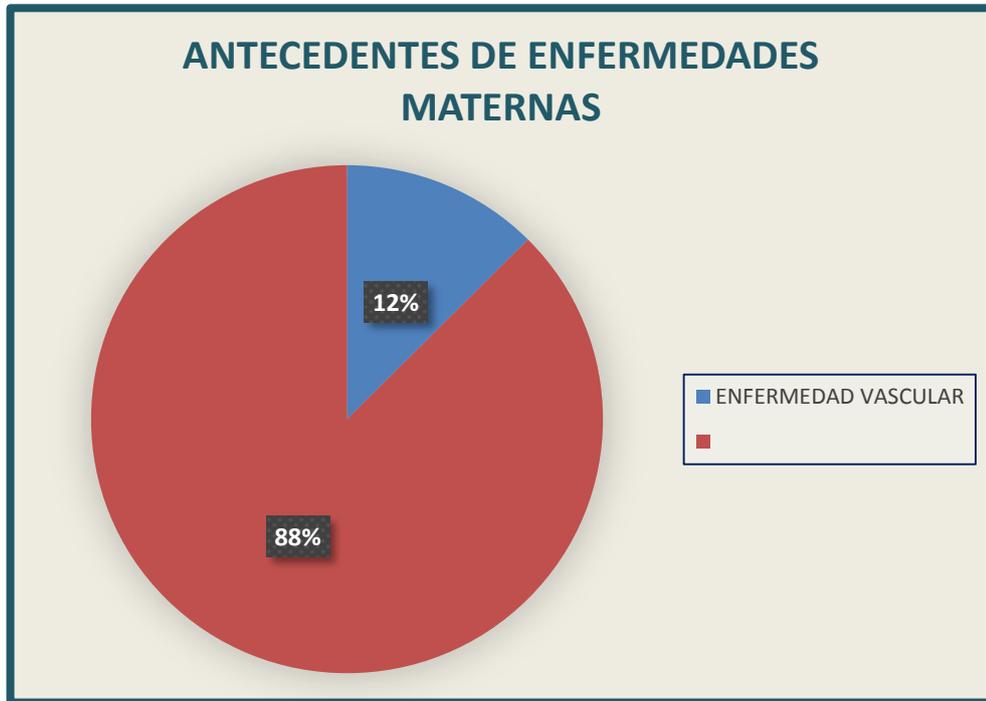


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 7 se puede decir que en un total de 5 adolescentes lo que corresponde al 17%, manifestaron que sus madres padecieron de preeclampsia, este es otro factor de riesgo que debería tomarse a consideración pues eleva más las posibilidades de desarrollar preeclampsia en el embarazo (MASI, 2015).

Gráfico #8

ENFERMEDADES VASCULARES

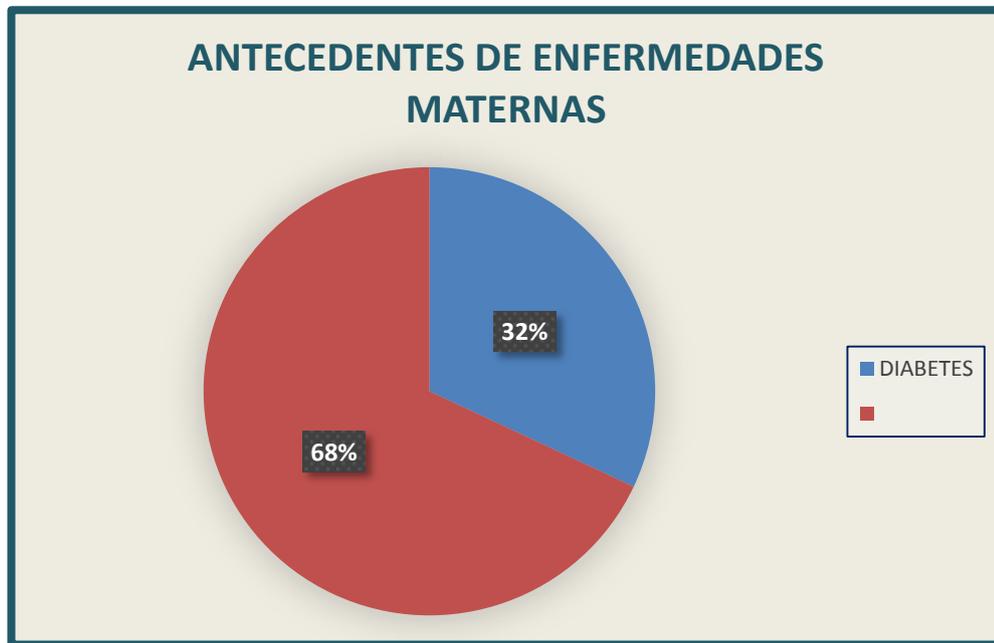


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según el gráfico 8 demuestra que de un total de 28 casos, 3 manifiestan que sus madres padecen de enfermedades vasculares, otro factor de riesgo importante que aumenta la posibilidad de padecer preeclampsia (MASI, 2015)

Gráfico #9

DIABETES

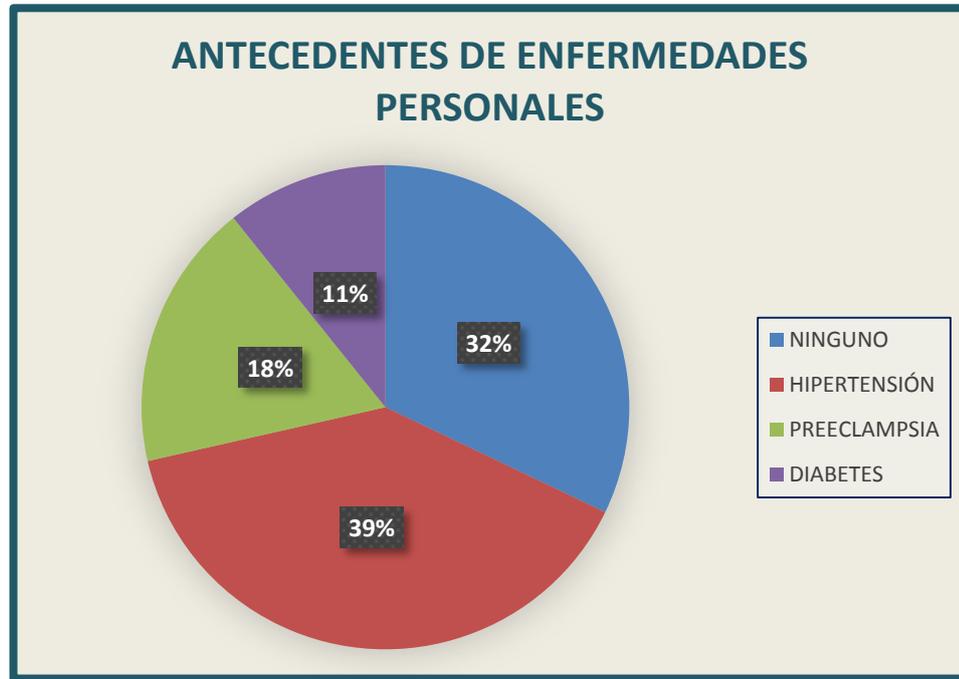


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 9 demuestra que en un total de 8 embarazadas manifiesta que sus madres son diabéticas lo que corresponde al 32%, este factor no solo aumenta la posibilidad de padecer preeclampsia sino también de desarrollar diabetes gestacional (MASI, 2015)

Gráfico #10

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LA ADOLESCENTE



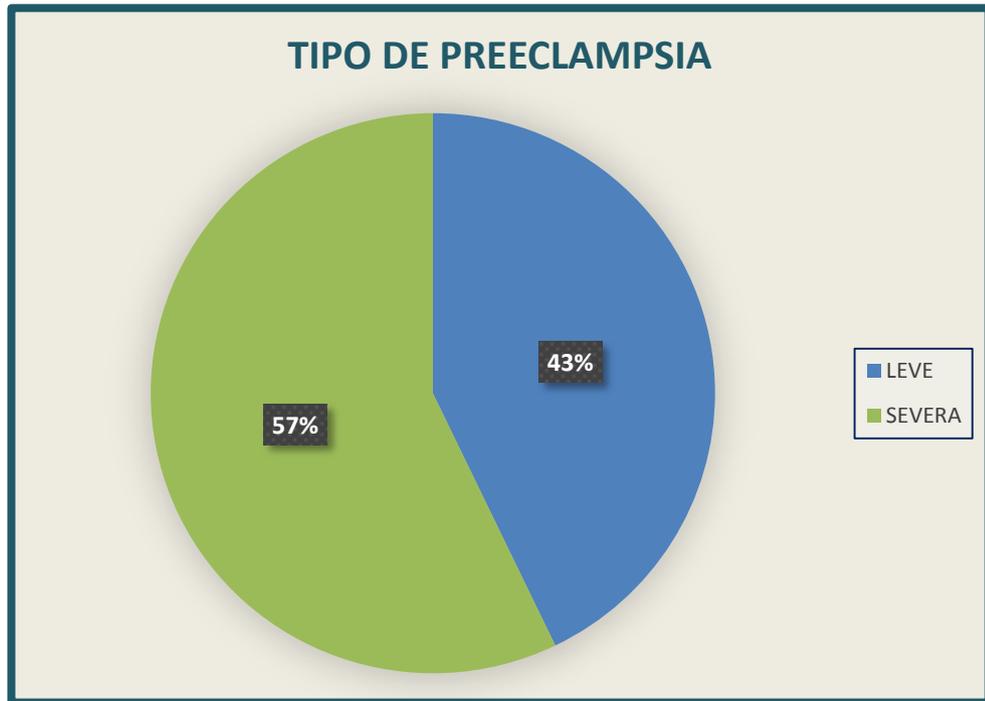
Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: Según el gráfico 10 demuestra que de 28 casos de adolescentes embarazadas **11 son hipertensas lo que corresponde al 39%**, este dato es muy interesante puesto que se está hablando de adolescentes; es un tema que casi no se toma en consideración, pues se piensa que los adolescentes no tienen hipertensión arterial y eso debe ser un tema que se debería tocar a nivel del país, puesto que en las mayorías de las consultas a los adolescentes no se les toma la presión porque no parece importante y es algo que debemos de cambiar. Y así detectar una hipertensión arterial a una edad en que el individuo de puede cuidar y sabe que en el embarazo debe ser una prioridad asistir a las consultas médicas y decir de primera instancia que es hipertensa; **5 Adolescentes dicen que padecieron de preeclampsia en su anterior embarazo** lo que corresponde al 18%, aquí tenemos que tomar en cuenta dos cosas, 1.- más de un hijo en

una adolescente y 2.- porque llego a padecer preeclampsia también en su segundo embarazo, puede ser falta de información para prevenir o descuido por parte de la adolescente en su embarazo. Esto debería ser también un tema a tratar, incentivar a las adolescentes a asistir a sus controles prenatales, más aun si ya han padecido de preeclampsia; **3 padecen de diabetes lo que corresponde al 11%**, este dato nos puede ayudar a determinar que la diabetes está presente en los adolescentes y no lo tomamos con la seriedad del caso, en este grupo de embarazadas hay que trabajar más en su educación para la salud, que no es solo de ella sino también la de sus hijos, la enfermera es la persona adecuada para este trabajo pues es la que más tiempo pasa junto a la madre y el hijo, la adolescencia es una etapa en la cual se piensa que nada les puede pasar, pero eso no es verdad y es el grupo de salud el encargado de educar a todos estos pacientes; **y tan solo 9 manifestaron no padecer enfermedades previas al embarazo** (MASI, 2015).

Gráfico #11

TIPO DE PREECLAMPSIA

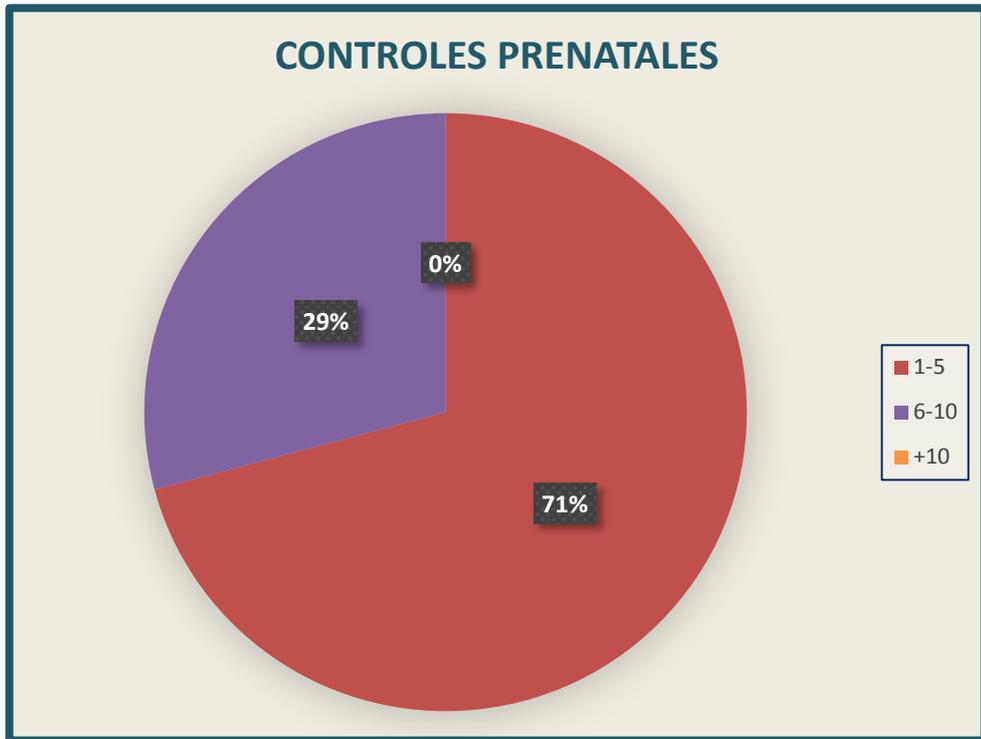


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: Según los datos del gráfico 11 demuestra que un 57% de las adolescentes presento preeclampsia severa o que corresponde a 16 casos, y el 43% presento preeclampsia leve lo que corresponde a 12 casos, este dato está muy relacionado con el resultado del gráfico 12 puesto que la mayoría de las adolescentes no asistieron a sus controles prenatales regulares, también está ligado a que la mayoría de las adolescentes son hipertensas y presentaron preeclampsia con anterioridad, factores de riesgos que predisponen a la adolescente a detectarse la preeclampsia severa más que la leve (MASI, 2015).

Gráfico # 12

CONTROLES PRENATALES

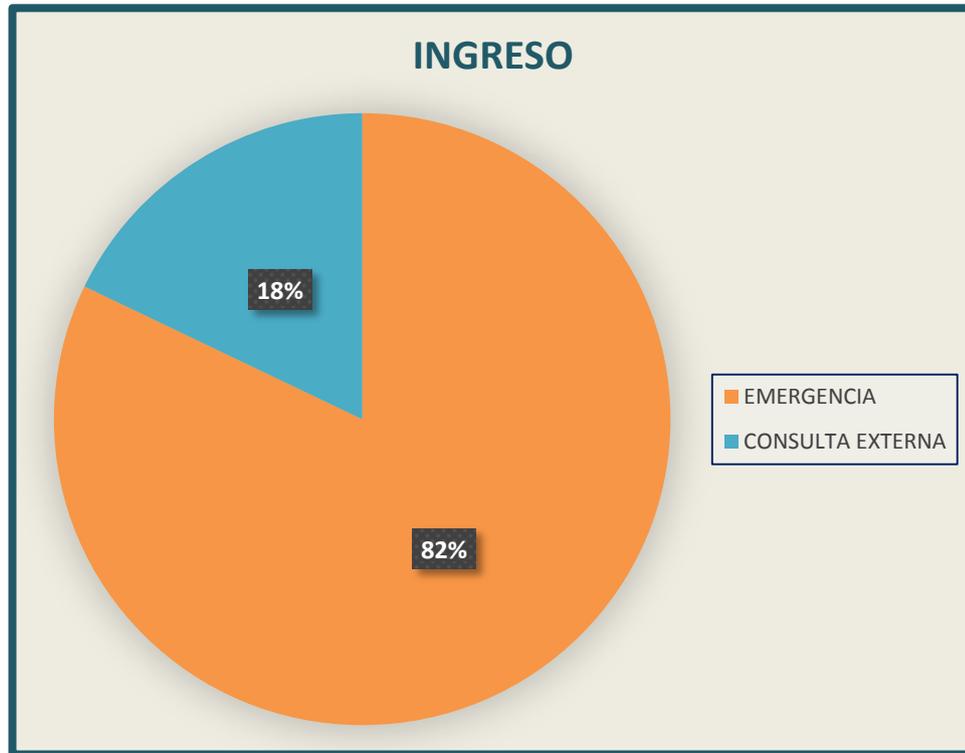


Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 12 indica que la mayoría de la adolescentes embarazadas no llegó a obtener el número de citas óptimas durante el embarazo, 20 manifestaron que asistieron entre 1-5 veces, 8 manifestaron que asistieron de 6-10 veces y ninguna tuvo más de 10 controles prenatales durante el embarazo, lo que se lleva a confirmar la razón por la cual la mayoría de las adolescentes presentaron preeclampsia severa (MASI, 2015)

Gráfico #13

INGRESO AL HOSPITAL



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Análisis: según los datos del gráfico 13 demuestra que el 82% de las adolescentes ingreso por emergencia lo que corresponde a 23 casos y tan solo el 18% ingreso por consulta externa lo que corresponde a 5 casos, puede decir que este grafico verifica todos los datos recogidos anteriormente, puesto que la mayoría de las adolescentes no seguían un cuidado optimo durante su embarazo (MASI, 2015).

CONCLUSIÓN

- Al final de esta investigación se puede determinar que las adolescentes entre los 17-18 años son las que más se embarazan con un porcentaje del 57% que corresponde a 16 adolescentes, tanto así que las adolescentes embarazadas de menor edad en su mayoría siguen al cuidado de su progenitora, mientras que las de mayor edad se van a vivir con sus parejas (MASI, 2015).
- Las jóvenes embarazadas no realizaron las consultas prenatales óptimas para controlar su embarazo, y de esa forma haber disminuido el riesgo de padecer preeclampsia (MASI, 2015).
- Más se presentaron casos de preeclampsia severa, lo que puede deberse a que la mayoría de las adolescentes padecían de hipertensión arterial con anterioridad y diabetes, más los antecedentes de enfermedades familiares (MASI, 2015)
- Que la mayoría de las adolescentes no tiene conciencia sobre la importancia de los controles prenatales durante el embarazo (MASI, 2015)
- La mayoría de las adolescentes embarazadas son de origen mestizo, pero puede deberse a que en Guayaquil predomina la raza mestiza sobre la negra (MASI, 2015)

RECOMENDACIONES

- Al finalizar el trabajo se recomienda al Hospital de Especialidades Materno Mariana de Jesús, aumente sus campañas y charlas sobre la importancia de los controles prenatales a la comunidad para aumentar la asistencia (MASI, 2015).
- Que se difunda dentro y fuera del Hospital de forma más agresiva la importancia de conocer los factores de riesgo en el embarazo y así evitar muertes maternas (MASI, 2015).
- Promover a las adolescentes sobre todo los cuidados que deben tener durante el embarazo y más aún si sus progenitores o ellas padecen de diabetes o hipertensión arterial (MASI, 2015).

BIBLIOGRAFIA

- (2015). Recuperado el 26 de AGOSTO de 2015, de MINISTERIO DE EDUCACION:
<http://educacion.gob.ec/ministro-de-educacion-dialogara-con-estudiantes-universitarios-sobre-plan-familia-ecuador/>
- AGUSTINA NUÑEZ, F. M. (2012). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de EDUCACION SEXUAL: <http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online/planificacion-familiar-y-metodologia-anticonceptiva/embarazo-en-adolescentes>
- BELTRAN, J. E. (2012). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de REPOSITORIO.UCSG:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/811/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-39.pdf>
- COELLO, G. P. (2013). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de REPOSITORIO UNIVERSIDAD GUAYAQUIL:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1852/1/TESIS%20DE%20GLADYS%20MORALES%20PDF.pdf>
- CONSULTAS, W. (2015). Recuperado el 26 de AGOSTO de 2015, de WED CONSULTAS:
<http://www.webconsultas.com/el-embarazo/complicaciones/causas-de-la-preeclampsia-5529>
- ECUADOR, A. D. (2008). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de ASAMBLEA DEL ECUADOR:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- EE.UU., B. N. (2012). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de MEDLINE:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm>
- FOUNDATION, P. (2014). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de PREECLAMPSIA.ORG:
<http://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/preguntas-frecuentes#preeclampsia>
- FOUNDATION, P. (2014). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de PREECLAMPSIA.ORG:
<http://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/149-advocacy-awareness/332-preeclampsia-and-maternal-mortality-a-global-burden>
- FOUNDATION, P. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de PREECLAMPSIA.ORG:
<http://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/signos-y-sintomas>
- GINECOLOGIA, R. C. (2012). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de SCIELO:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext
- GUAYAQUIL, U. C. (2015). *PROYECTO*. TESIS PREVIA OBTENCION DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA, GUAYAQUIL.

- HENRIQUEZ, L. R. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de MONOGRAFIAS.COM:
<http://www.monografias.com/trabajos91/preeclampsia-embarazo/preeclampsia-embarazo.shtml>
- INFANTIL.COM, G. (2013). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de GUIA INFANTIL.COM:
<http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/preeclampsia.htm>
- INTERGENERACIONAL, C. N. (2014). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de UNICEF.ORG:
http://www.unicef.org/ecuador/NA_Ecuador_Contemporaneo.pdf
- ISSLER, D. J. (2001). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- LUIS ALBERTO CAMACHO TERCEROS, M. C. (2015). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de SCIELO: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100010&lng=es&nrm=iso
- MARQUEZ, D. J. (2014). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de FARESTAIE INSTITUTO DE ANALISIS: <http://www.farestaie.com/novedades/profesionales/442-marcadores-tradicionales-y-emergentes-en-preeclampsia-y-eclampsia/>
- MASI, S. N. (2015). *INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL AREA DE HOSPITALIZACION EN EL HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS 2015*. TESIS PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA, GUAYAQUIL.
- MATERNOFETAL.NET. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de MATERNOFETAL.NET: <http://www.maternofetal.net/5hie.html>
- MEDICINA, E. D. (2015). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de SHE.html- ESCUELA DE MEDICINA:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/SHE.html>
- MSC ELIO FELIPE CRUZ MANZANO, M. O. (2013). Recuperado el 28 de agosto de 2015, de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400002
- ONMEDA. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de ONMEDA.ES:
<http://www.onmeda.es/enfermedades/preeclampsia-definicion-18128-2.html>
- PUBLICA, M. D. (2013). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO:
http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf

- PUBLICA, M. D. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de ECUADOR SIN MUERTES MATERNAS: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>
- REPUBLICA, L. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de LA REPUBLICA: <http://www.larepublica.ec/blog/politica/2015/02/28/correa-propone-abstinencia-alternativa-reducir-embarazo-adolescente/>
- ROMAN, A. C. (03 de 2013). *PROTOCOLO*. Obtenido de PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Adriana.pdf>
- SALUD, O. M. (2014). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de MORTALIDAD MATERNA: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- SALUD, O. M. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Sánchez Valladolid, S. V. (2011). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de UNIANDES: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/130>
- TERRA.COM. (2015). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de ANTICONCEPCION: <http://www.terra.com.mx/anticoncepcionmundial/articulo/1188852/Los+anticonceptivos+reducen+embarazos+en+adolescentes+y+evitan+riesgos+a+la+salud.htm>
- TIEMPO, E. (febrero de 2015). *EL EMBARAZO JUVENIL TIENE ALTA PREVALENCIA EN ECUADOR*. Recuperado el 20 de agosto de 2015, de ELTIEMPO.COM.EC: <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/158264-el-embarazo-juvenil-tiene-alta-prevalencia-en-ecuador/>
- UNICEF. (2011). Recuperado el 26 de agosto de 2015, de UNICEF: http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

ANEXOS

ANEXO #1 AUTORIZACIÓN

Entregado por
José Valderrama Jr.
 Fecha: 21-08-15

RECIBIDO
 12 AGO 2015
 Violeta Mite López
 ASISTENTE DE DIRECCIÓN



CE-446-2015

11 de Agosto 2015



Doctora
KATIUSKA HERNANDEZ
DIRECTORA HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS
MONTALVO -SALUD
 En su despacho.-



De mis consideraciones:



Certificado No CQR-1497

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la estudiante **SOR NICOLE MASI**, quien se encuentra cursando el último ciclo del programa académico de la Carrera de Licenciatura de Enfermería, la revisión de Históricas Clínicas para la recolección de datos de los siguientes aspectos: Edad, Etnia, Situación Demográfica, Factores de Riesgos y el área donde fueron atendidas y trasladadas un grupo de adolescentes embarazadas durante el periodo de gestación, relacionado al trabajo de titulación: **INCIDENCIA DE PRECLAMPSIA EN ADOLESCENTES EN EL ÁREA HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS PERÍODO DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2015**, así mismo comunicarle que la TUTORA de este Trabajo es la LIC. ROSA CALDERÓN MOLINA, Mg Docente de nuestra Carrera.



Segura de contar con su aprobación y apoyo, me suscribo de usted, agradeciéndole por la atención a la presente.



Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
 Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"
 Lcda. Angela Mendoza Vincas
 Directora (E)



Lcda. Angela Mendoza Vincas
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
 Apartado 09-01-4671

Cc: Archivo

Teléfonos:
 2206952 - 2200286
 Ext. 1818 - 11817

AM/Fátima

Guayaquil-Ecuador

Dr. Jimmy Ampuero Pílay
 MED. INTERNA & HIV
 C.I. 0904871475
 REG. SAN 359-R TOHIC-45908
 SENESCYT: 1068-09-2104

- Estadísticas
 - Docencia
 Depo una copia de la
 His de el Dpto de Docencia

Archivado
 21/08/2015

ANEXO #3 URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: SOR NICOL 2 apa - urkun.docx (D15274005)
Submitted: 2015-09-15 02:22:00
Submitted By: masi27_1975@hotmail.com

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL" TEMA:

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS 2015 AUTORA: SOEUR NICOLE MASI BWANA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA TUTORA: LCDA. ROSA CALDERÓN MOLINA Guayaquil-Ecuador 2015 CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA El estudio realizado está relacionado con la línea de investigación de Salud Pública, siendo la preeclampsia la tercera causa de muerte a nivel mundial, el Ministerio de Salud Pública creó la campaña "Ecuador Sin Muertes Maternas" (8 marzo 2015), con el fin de que las adolescentes embarazadas se orienten sobre las señales de peligro durante el embarazo y de esa forma reducir la tasa de muertes maternas en nuestro país¹. En el Ecuador los embarazos en adolescentes van en aumento, lo que trae problemas no solo de salud para la futura madre y el bebé, sino también deserción escolar lo que contribuye al incremento del círculo de pobreza pues la mayoría de las adolescentes provienen de familias de escasos recursos². En la actualidad existe "El Plan Familiar Ecuador, que busca

brindar educación y asesoría en afectividad y sexualidad a los adolescentes y jóvenes, tomando como punto de partida la familia y el desarrollo de todas las dimensiones de la persona, de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables"³.

En

el contexto del hospital Materno Infantil "Mariana de Jesús" de la ciudad de Guayaquil, la situación de preeclampsia es de especial atención; de acuerdo a las estadísticas del Hospital, para el último trimestre del año 2011, se atendieron 500 casos de preeclampsia⁴. Cifras que resultaron preocupantes para el equipo de salud, quienes son

los

llamados a velar para que esta situación disminuya. Se observa gran cantidad de embarazadas que, presentan la probabilidad de padecer esta complicación si no se toman las medidas educativas pertinentes al caso⁵.

Durante las prácticas estudiantiles se pudo observar el incremento de los casos de preeclampsia, sin tener mayores datos actuales de este problema importante de salud, por lo tanto, conocer y estar actualizada ha sido una prioridad para este estudio⁶. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Con los antecedentes del problema, se realizaron las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la situación actual de preeclampsia en adolescentes embarazadas?7 ¿Cuáles son los grupos etarios, académico, étnicos, sociales y demográficos?8 ¿Cuáles son los factores de riesgo y el tipo de preeclampsia más frecuente en adolescentes embarazadas?9 JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en vías de desarrollo, donde otras causas también frecuentes ocasionan mortalidad materna (por ejemplo; hemorragias y sepsis)¹⁰. El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población. La presente revisión de la literatura proporciona evidencia sobre el diagnóstico, prevención, tratamiento de la preeclampsia. Conocer la realidad en relación a la incidencia

de este tipo de complicación en adolescentes embarazadas es relevante, porque demuestra una situación problema que afecta de forma personal, familiar, económica y social. Factible porque se ha podido acceder a datos estadísticos en relación al problema. Original, porque es un tema que

usualmente no se investiga, continuamente, dándose a conocer estudios cada 5 años¹¹.
OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL Analizar la situación actual de la incidencia de preeclampsia en adolescentes embarazadas del área de hospitalización en el Hospital de Especialidades Maternidad "Mariana de Jesús"¹². OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Establecer los casos de preeclampsia en adolescentes embarazadas de acuerdo a la edad, etnia y situación demográfica¹³. • Describir los factores de riesgo en adolescentes embarazadas con preeclampsia¹⁴. • Clasificar el tipo de preeclampsia que presentan las adolescentes embarazadas¹⁵.
CAPITULO II FUNDAMENTACION TEÓRICA Y LEGAL 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 2.1.1. ADOLESCENCIA EN EL ECUADOR En el Ecuador un 3% de adolescentes entre 12 a 17 años vive o ha vivido en pareja, dentro de este porcentaje el 1% esta en unión libre y 0,6% están casados (INEC 2012)¹⁶. Cuando se trata de mujeres adolescentes se eleva al 2% de ellas vive en unión libre¹⁷. Las provincias de la Costa que más sobresalen en la precocidad del matrimonio o unión libres son 3; En los Ríos el 8% de las adolescentes están casados o unión libre, en Manabí es el 6% y en el Oro es el 5%¹⁸.
CITATION CON14 \ 12298 (INTERGENERACIONAL, 2014) 2.1.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE La adolescencia tiene diferentes características ya sean individuales o culturales, para poder interpretar sus actitudes y comprenderlos especialmente durante un embarazo tenemos que conocer las diferentes etapas que cursan durante la adolescencia y más que nada entender: “

Que una embarazada

adolescente

se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada,

son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”¹⁹

CITATION DRJ01 \ 12298 (ISSLER, 2001). Los embarazos en adolescentes son más altos en los países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, puesto que somos una sociedad permisiva, es decir se

permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial²⁰

CITATION DRJ01 \ 12298 (ISSLER, 2001). Es decir que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno causado por varios factores, como la menarca temprana, relaciones sexuales a temprana edad, familias disfuncionales, bajo nivel educativo, pensamientos mágicos como fantasías de esterilidad (adolescencia temprana), falta o distorsión de información sobre las relaciones sexuales, abuso sexual²¹. En la adolescencia temprana, casi siempre él bebe termina en la custodia de los abuelos, porque la joven no está consciente que va a ser madre, se vuelve más dependiente de la madre, más se preocupa por los dolores de parto que por el bebé en sí, por lo general el embarazo a esta edad es causada por abuso sexual²². En la adolescencia media, son más conscientes de su embarazo utilizándolo como instrumento de manipulación hacia sus padres o las personas a cargo de ella, muchas veces exhiben su vientre de forma exagerada (exhibicionismo), temen el dolor de parto pero también temen por el bebé, con frecuencia cuando pierden su pareja (el padre de su hijo) buscan otro compañero aún durante el embarazo CITATION DRJ01 \ 12298 (ISSLER, 2001). En la adolescencia tardía, por lo general la crianza del hijo no tiene inconvenientes si cuenta con el apoyo de su familia o pareja²³. 2.1.3. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Ser madre muy joven puede ser riesgoso para la salud puesto que se

representa mayores riesgos que cuando se presenta en la plenitud reproductiva, pero en el caso de los adolescentes existen dos factores determinantes que incrementan el riesgo en este grupo de edad, el ocultamiento del embarazo y el no llevar un buen control natal, en parte derivado de la primera causa por el temor a la reacción de los padres y de la pareja²⁴

ANEXO #4 MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema: Incidencia de Preeclampsia en Adolescentes Embarazadas en el área de Hospitalización en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús 2015

Objetivo: Recolectar información de los expedientes clínicos de adolescentes embarazadas con preeclampsia

Instrucciones:

- Es una encuesta anónima por favor responda las preguntas con honestidad
- Lee detenidamente las preguntas y marque con un VISTO la respuesta seleccionada

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA.

Formulario No__ __

1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES.

❖ **EDAD:**

13-14 15-16 17-18 19

❖ **LUGAR DE RESIDENCIA:**

Urbana Rural

❖ **ETNIA:**

Blanca Mestiza Negra Indígena

FACTORES DE RIESGO

❖ **ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MATERNAS**

Ninguno Hipertensión Preeclampsia Diabetes

❖ **ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PERSONALES:**

Ninguno Hipertensión Preeclampsia Diabetes

Otros

❖ **QUE PREECLAMPSIA TE DIAGNOSTICARON?**

Leve severa

❖ **CONTROLES PRENATALES:**

Ninguno 1-5 6-10 +10

Elaborado por Sor. Nicole Masi.

ANEXO #5 MATRIZ DE OBSERVACIÓN DIRECTA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema: Incidencia de Preeclampsia en Adolescentes embarazadas en el Área de Hospitalización en la Maternidad Mariana de Jesús. 2015.

Objetivo: Clasificar el tipo de preeclampsia adolescentes embarazadas con preeclampsia.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN DIRECTA

No. PCTE- HC	EDAD	V PA	CLASIFICACIÓN DE PRECLAMPSIA
1 .0958912578 (16/8/2015)	14 Años	160/100	Preeclampsia Severa + Parto Pelviana en Emb.38 S donde acude al emergencia con signos neurológicos, dolor de tipo contráctil irradia a región lumbo-sacra.
2. 0932231343 (05/8/2015)	17 Años	130/90	Preeclampsia leve en Emb de 40 S parto único por cesárea. Acude a emergencia por presentar dolor en hipogastrio
3.0953686421 (21/07/2015)	17Años	140/80	Preeclampsia leve +proteinuria++ con signos neurológicos en Emb 38 S, dolor tipo contráctil
4.0944223676 (01/08/2015)	15 Años	140/80	Preeclampsia leve en Emb. 38S, que acude a emergencia por cefalea, y dolor de tipo Cólico en hipogastrio irradia a región lumbo-sacra.
5.0958896290	17 Años	160/100	Preeclampsia severa en Emb 38 S, con

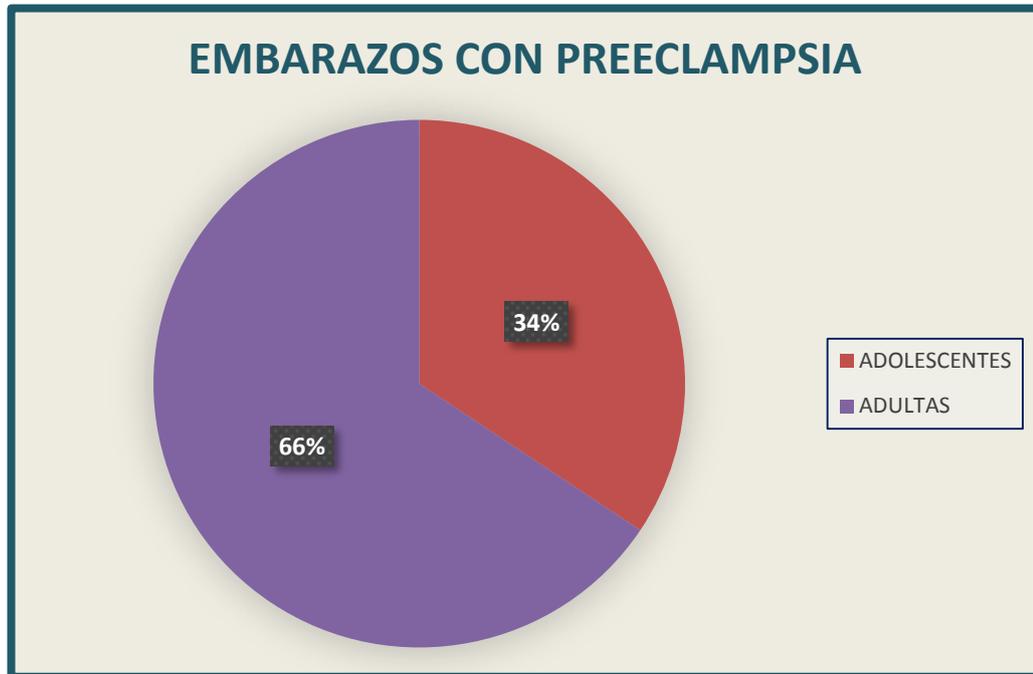
(15/08/2015)			presencia de edemas en los miembros inferiores.
6.0994547144 (15/07/2015)	17 Años	140/90	Preeclampsia severa +Emb. Ectópico severa.
7.0952526523 (12/08/2015)	19 Años	160/80	Preeclampsia severa + proteinuria +++ con Signos Neurológicos, cefalea intensa, perdida de tapón mucosa. En el Emb.37 S por eso acude a la emergencia.
8.0942221334 (14/8/2015)	17 Años	140/90	Preeclampsia severa en Emb.36 S +proteinuria ++
9.0944102573 (14/8/2015)	18 Años	130/100,	Preeclampsia Leve en emb de 38 S acude a la emergencia por presentar presión arterial elevada, dolor en hipogastrio tipo contráctil que se irradia a región lumbar.
10.0950031203 (15/8/2015)	17 Años	130/90	Preeclampsia leve en Emb. 39 S, oligoamnios parto por cesárea
11.1313000299 (11/5/2015)	19 años	130/80	Preeclampsia leve + oligoamnios leve
12.09027610279 (12/05/2015)	16 años	140/90	Preeclampsia leve + trabajo de parto normal
13.0958138786 (28/05/2015)	19 años	150/70	Preeclampsia severa + proteinuria +++
14.0951610120 (31/5/2015)	17años	130/100	Preeclampsia leve + cicatriz uterina previa + proteinuria++ en emb. 38 semanas
15.0929873046 (5/6/2015)	17 años	172/100	Preeclampsia severa + proteinuria++ más membrana integra
16.0942619388 (10/06/2015)	17 años	132/80	Preeclampsia leve + amenaza de parto prematuro en emb e 36 semanas
17.0958073314 (19/6/2015)	17años	136/100	Preeclampsia leve + trabajo de parto falso + liquido teñido + hipotonía uterina+ membrana integra
18.1251130162 (20/06/2015)	17años	140/90	Preeclampsia severa + trabajo de parto + proteinuria+

19.0942596586 (08/06/2015)	17años	150/100	Preeclampsia severa +T parto en fase latente, emb de 37 semanas acude a emergencia, signos neurológicos, cefalea intensa, edema en miembros inferiores
20.0951638675 (17/06/2015)	18años	150/90	Preeclampsia severa en embarazo de 39 semanas acude a emergencia , dolor hipogástrico, perdidas de líquidos más o menos 8 días de evolución
21.0959771163 (25/06/2015)	16años	160/80	Preeclampsia severa + Tparto en emb de 36s acude a emergencia por elevación de presión arterial, cefalea intensa, dolor en el hipogastrio
22.094351097 (25/06/2015)	19años	130/80	Preeclampsia leve en emb gemelar de 5s acude a emergencia por dolor pélvico
23.0959138378 (19años	136/110	Preeclampsia severa +CUP + cesárea anterior + PA elevada Acude a emergencia por dolor en el hipogastrio de tipo contráctil que se irradia a región lumbo sacra
24.0944351097 (23/06/2015)	19años	130/80 130/88	Preeclampsia leve en embarazo gemelar de 35s, acude a consulta externa por dolor pélvico + edema de los miembros inferiores
25.0952652659	17años	130/80	Preeclampsia severa+ infecciones de vías urinarias, emb de 39s + parto vaginal
26.0940021736	16años	130/70	Preeclampsia leve +CUP , emb de 38s
27.0928580596	17años	150/100	Preeclampsia severa + infecciones++
28.092738190	19años	150/100	Preeclampsia severa en CU de emb de 38s

Elaborado por Nicole Masi Bwana

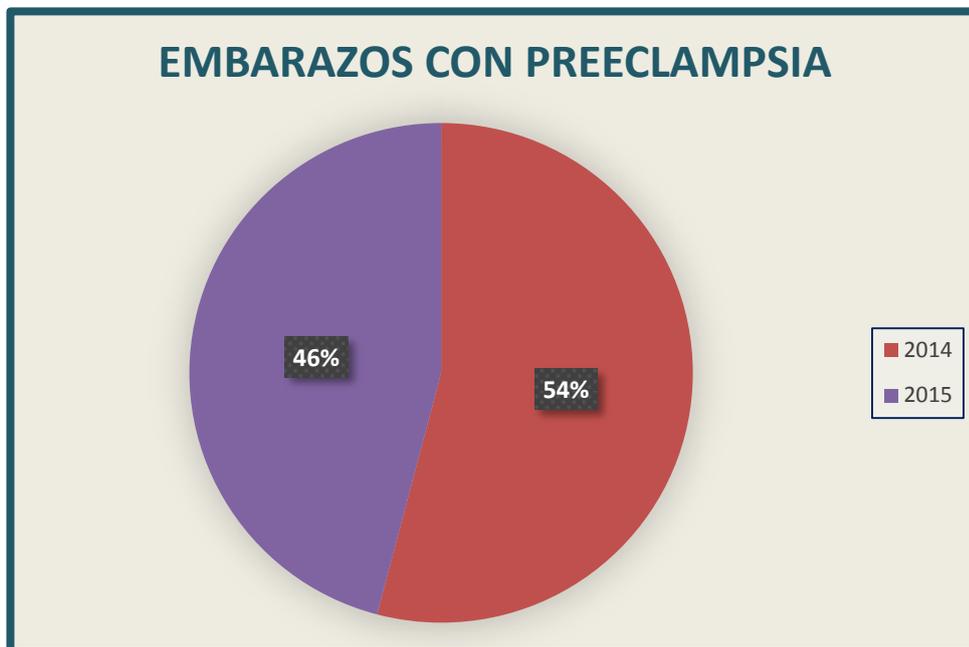
ANEXO #6 GRÁFICOS COMPARATIVOS

Grafico #1 Embarazos en el 2014 de enero - diciembre



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

Gráfico #2 comparación entre embarazos adolescentes del 2014-2015



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús – Historia Clínica
Elaborado: Sor Nicole Masi

ANEXO #7 FOTOS

FOTO #1



FOTO # 2



FOTO # 3



FOTO # 4



FOTO # 5

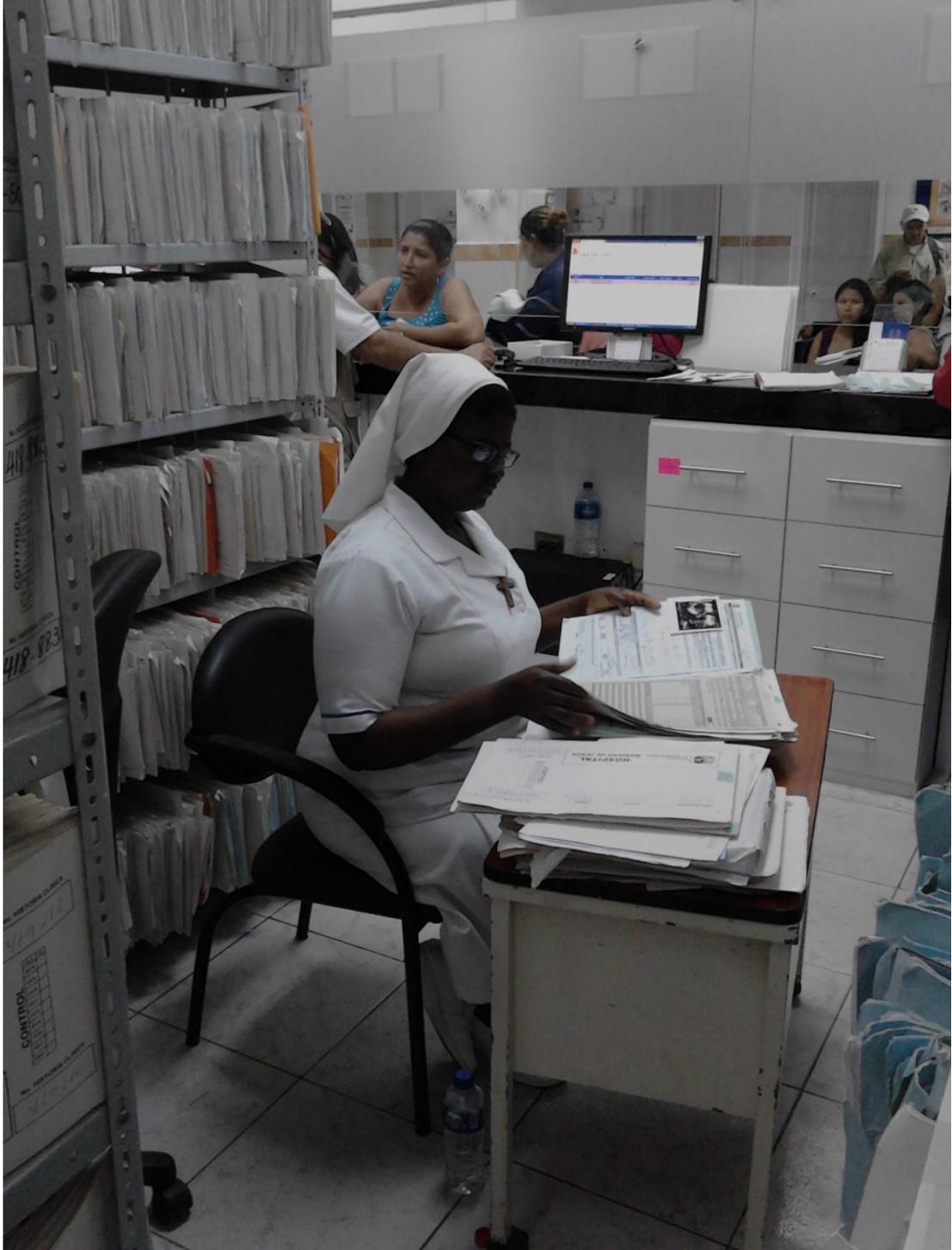
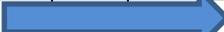


FOTO # 6



ANEXO # 8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAYO		JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE						
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4			
SELECCIÓN DE TEMA																					
DESARROLLO DEL TEMA																					
CORRECCION DE ANTEPROYECTO																					
DESIGNACION DE TUTOR																					
ENTREVISTA CON EL TUTOR DESIGNADO																					
ELABORACION DEL MARCO TEORICO																					
CORRECCION DEL MARCO TEORICO																					
FORMULACION DE PREGUNTAS PARA ENCUESTA																					
REALIZACION E ENCUESTA																					
ELABORACION DEL BORRADOR DE TESIS																					
ENTREVISTA FINAL CON EL TUTOR DE TESIS																					
PRESENTACION DEL TRABAJO DE TITULACION																					
ENTREVISTA CON MI Oponente																					
APROBACION DE TESIS																					
SUSTENTACION DE TESIS																					