



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TEMA DE ESTUDIO DE CASO
EMBARAZO EN ADOLESCENTES PREECLAMPTICAS DE 13 A 18
AÑOS EN HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C.
SOTOMAYOR. PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO

AUTOR:

DRA. LORIA TAMARA JARAMILLO MONGE

TUTOR:

DRA. CLARA OFELIA JAIME GAME

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: EMBARAZO EN ADOLESCENTES PREECLAMPTICAS DE 13 A 18 ANOS EN HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO

AUTOR/ES:

Dra. Loria tamara Jaramillo Monge

TUTOR: Dra Clara Ofelia Jaime Game

REVISOR: Dra. Patricia León León

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Maestría en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS: 62

ÁREAS TEMÁTICAS:SALUD

PALABRAS CLAVE: PREECLAMPSIA-EMBARAZO-ADOLESCENCIA-MORBILIDAD-MORTALIDAD

RESUMEN:

Durante el embarazo, ocurren modificaciones hormonales, metabólicas e inmunológicas, producto de las cuales pueden agravarse algunas afecciones previas, o presentarse patologías propias del embarazo, tal es el caso de la preeclampsia. Por tanto, el objetivo de este estudio es diseñar un Programa preventivo-educativo para el manejo adecuado del Embarazo de Adolescentes Preeclámpticas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor para mejorar la resultante materno-neonatal. La preeclampsia, es reconocida como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, constituyendo un problema de salud pública en los países de tercer mundo. Uno de los principales factores de riesgo para padecer esta enfermedad es el embarazo en la adolescencia. El estudio se realizó utilizando la metodología cualitativa, determinando datos de filiación, factores de riesgo, complicaciones, el universo son todas las gestantes con preeclampsia que ingresaron en el año 2015 y la muestra serán las gestantes adolescentes cuyas edades oscilen entre 13 a 18 años, complicadas con preeclampsia grave. Los resultados fueron tabulados para señalar conclusiones y recomendaciones, además de diseñar un programa preventivo. Entre los principales resultados obtenidos destacan que el principal factor de riesgo para producirse complicaciones graves es la falta de control prenatal, además que esto conlleva a que la principal vía de finalización del embarazo sea la cesárea y que un porcentaje de estos afecta al producto siendo la prematurez la principal complicación neonatal. Con esta investigación debemos tener en cuenta que se requiere un estricto control no solo materno sino también prenatal para mejorar el pronóstico de ambos.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono: 0993205507

E-mail:loriajaramillo1983@hotmail.com

CONTACTO EN LA

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

INSTITUCIÓN:

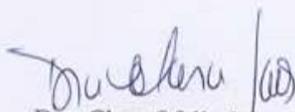
Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

APROBACION DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del Programa de Maestría en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, CERTIFICO: que he analizado el estudio de caso presentada como examen complejo, como requisito para optar el grado académico de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, titulada: EMBARAZO EN ADOLESCENTES PREECLAMPTICAS DE 13 A 18 ANOS EN HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR . PROGRAMA PREVENTIVO EDUCATIVO el cual cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que demanda el reglamento de posgrado

Atentamente



Dra. Clara Ofelia Jaime Game

TUTOR

Guayaquil, Marzo del 2016

DEDICATORIA

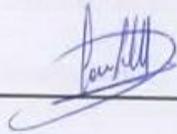
Dedico este trabajo a mis hijos,
quienes son la fuerza que me impulsa
a seguir adelante y querer mejorar
cada día.

AGRADECIMIENTO

Doy las gracias Dios, a mis papas y a mi esposo por ser el apoyo incondicional para superar nuevos retos cada día.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”



FIRMA

NOMBRE DEL AUTOR (A) DE LA TESIS

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA

REPOSITORIO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Objeto de Estudio	3
1.2 Campo de Investigación	3
1.3 Pregunta científica	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.5 Justificación.....	5
1.6 Objetivos	5
1.7 Premisa	5
1.8 Solución propuesta	6
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA.....	7
2.1 Marco Teórico	7
2.1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.1.2 Referentes empíricos	21
2.2 Marco Metodológico	22
2.2.1 Categorías.....	25
2.2.2 Dimensiones.....	25
2.2.3 Instrumentos.....	25

2.2.4	Unidad de Análisis	25
2.2.5	Gestión de datos	25
2.2.6	Criterios Éticos	26
2.2.7	Resultados	27
CAPÍTULO 3 SOLUCIÓN PROPUESTA		32
3.1	Introducción	32
3.2	Objetivo de la propuesta	32
3.3	Justificación.....	32
3.4	Actividades.....	33
3.5	Conclusiones y recomendaciones	36
3.5.1	Conclusiones	36
3.5.2	Recomendaciones.....	36
Bibliografía		38
Anexos		40

RESUMEN

Durante el embarazo, ocurren modificaciones hormonales, metabólicas e inmunológicas, producto de las cuales pueden agravarse algunas afecciones previas, o presentarse patologías propias del embarazo, tal es el caso de la preeclampsia. Por tanto, el objetivo de este estudio es diseñar un Programa preventivo-educativo para el manejo adecuado del Embarazo de Adolescentes Preeclámplicas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor para mejorar la resultante materno-neonatal. La preeclampsia, es reconocida como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, constituyendo un problema de salud pública en los países de tercer mundo. Uno de los principales factores de riesgo para padecer esta enfermedad es el embarazo en la adolescencia. El estudio se realizó utilizando la metodología cualitativa, determinando datos de filiación, factores de riesgo, complicaciones, el universo son todas las gestantes con preeclampsia que ingresaron en el año 2015 y la muestra serán las gestantes adolescentes cuyas edades oscilen entre 13 a 18 años, complicadas con preeclampsia grave. Los resultados fueron tabulados para señalar conclusiones y recomendaciones, además de diseñar un programa preventivo. Entre los principales resultados obtenidos destacan que el principal factor de riesgo para producirse complicaciones graves es la falta de control prenatal, además que esto conlleva a que la principal vía de finalización del embarazo sea la cesárea y que un porcentaje de estos afecta al producto siendo la prematurez la principal complicación neonatal. Con esta investigación debemos tener en cuenta que se requiere un estricto control no solo materno sino también prenatal para mejorar el pronóstico de ambos.

Palabras claves: PREECLAMPSIA-EMBARAZO-ADOLESCENCIA-MORBILIDAD-MORTALIDAD

ABSTRACT

During pregnancy, hormonal, metabolic and immunological changes, the result of which may be aggravated some previous conditions, or develop own pregnancy pathologies occur, as in the case of pre-eclampsia. Therefore, the aim of this study is to design a protocol for the proper handling Teen Pregnancy preeclamptic 13 to 18 at the Obstetric-Gynecologic Hospital Enrique C. Sotomayor to improve maternal and neonatal resulting. Preeclampsia is recognized as one of the leading causes of maternal and fetal morbidity and mortality, constituting a public health problem in the countries of the Third World. One of the main risk factors for this disease is teenage pregnancy. The study was conducted using qualitative methodology, determining personal data, risk factors, complications, the universe will all pregnant women with preeclampsia who entered in 2015 and the sample will be pregnant teenagers whose ages oscillate between 13 to 18, complicated with severe preeclampsia. The results will be tabulated and used to point out conclusions and recommendations, as well as design a preventive program. Among the main findings highlight the main risk factor for severe complications occur is the lack of prenatal care, well that this leads to the main route of termination of pregnancy be caesarean section and that a percentage of these affect the product being prematurity main neonatal complications. With this research we must consider not only that strict maternal prenatal but also required to improve the prognosis of both.

Keywords: PREECLAMPSIA-TEEN -PREGNANCY -MORBIDITY AND MORTALITY

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Con este estudio se quiere identificar los principales factores de riesgo que presentan las gestantes adolescentes con preeclampsia grave, y de esta manera determinar medidas preventivas para disminuir la morbilidad y la mortalidad tanto materna como fetal. Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países subdesarrollados (Enrique Guevara Ríos, 2014). Datos recientes, otorgados por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), dan cuenta que "La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015."; sin embargo, sigue siendo que las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo, con altas tasas de prevalencia de la preeclampsia. La Preeclampsia es definida como el incremento de la presión arterial igual o mayor a 140/90 y proteinuria mayor de 300mg/L en 24 horas, acompañados o no de edema, ocurre después de las 20 semanas de gestación. Se considera como leve si la tensión arterial diastólica (TAD) es mayor de 90 y la tensión arterial sistólica (TAS) es mayor a 140 y severa cuando la TAD es mayor a 110 y la TAS es mayor a 160, así mismo; se consideraran como signos de severidad la presencia de cefalea, fotopsia, acufenos, epigastralgia, hiperreflexia, incremento de la proteinuria, oliguria entre otros. Es más frecuente en menores de 18 años y mayores de 35, en cuanto a la paridad se ha observado que las primigestas son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas a padecer enfermedad hipertensiva del embarazo. La importancia en el control estricto de las pacientes con preeclampsia se basa en la necesidad de evitar complicaciones más graves, que son la eclampsia y el síndrome de HELLP, la primera es definida como presencia de convulsiones en una paciente que previamente tenía preeclampsia y la segunda se caracteriza por la hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas. Estas complicaciones causan deterioro progresivo del estado de la paciente de tal manera que podrían

llegar a desenlaces fatales. Fred Morgan-Ortiz y colaboradores en su estudio de casos y controles acerca de los factores de riesgo asociados con preeclampsia realizado de enero de 2003 a diciembre de 2007 con las pacientes que acudieron al área de toco-cirugía del Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México, señala que aunque en la actualidad no existe una profilaxis validada para la preeclampsia, la estimación del riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho durante el control prenatal ya que en la bibliografía se ha asociado un amplio espectro de factores sociodemográficos y obstétricos con preeclampsia, entre los que se incluyen: alcoholismo, antecedente de preeclampsia en embarazos previos, edad menor de 20 años y mayor de 34 años, nuliparidad, e historia familiar de preeclampsia(MORGAN F, 2010). El trabajo será realizado en base a fichas de recolección de datos, los resultados serán tabulados estadísticamente y discutidos para de acuerdo a ello diseñar un protocolo de medidas preventivas y manejo de la preeclampsia. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva, Interpretativo-explicativo. La unidad de análisis fueron 20 adolescentes embarazadas con preeclampsia, las mismas que acudieron para ser atendidas en el Hospital gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor en el 2015. La técnica utilizada fue revisión de historias clínicas, la información obtenida fue categorizada, clarificada, sintetizada tomando en cuenta que se disponga de toda la información correspondiente sobre todo a cumplir los objetivos del estudio.

1.1 OBJETO DE ESTUDIO

Preeclampsia

1.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN

Adolescentes.

1.3 PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Cómo disminuir las complicaciones derivadas de la preeclampsia en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Debido a que la Maternidad Sotomayor es un hospital de tercer nivel al que llegan los casos más complicados, es alta la incidencia de preeclampsia, pero también cuenta con el servicio de consulta externa desde donde debe empezar la prevención y educación a las pacientes, haciendo hincapié en que se puede evitar llegar a estados críticos de la enfermedad, si se siguen las indicaciones y controles adecuados, además la pacientes deben comprender que no solo está en riesgo su salud sino la del feto, por lo cual son dos vidas las que se deben cuidar, evitando o tratando los factores que producen las complicaciones posteriores.

A partir de experiencias profesionales en la práctica cotidiana, ha sido posible obtener evidencias empíricas de que la preeclampsia en el embarazo de adolescentes es un problema que se ve afectado por distintos ámbitos tanto social, como cultural, económico y biológico. Al contrastar estas evidencias empíricas, con cada uno de los ámbitos antes señalados, aún cuando está sujeto a ser demostrado, se puede establecer algunas de las principales causas que se dan en cada uno de ellos, lo cual, se describe a continuación.

En el ámbito social se puede destacar la falta de información como una de las causas ya que ésta desinformación es la causante de la despreocupación de las adolescentes por la condición del embarazo y de la falta de cuidados adecuados, lo cual conlleva a un diagnóstico tardío de patología y complicaciones del embarazo tales como la preeclampsia.

En el ámbito cultural, notamos que el nivel de educación de las pacientes afecta de manera inversamente proporcional a la evolución del embarazo, ya que conlleva a una falta de control prenatal adecuado y a un manejo empírico del embarazo.

La situación económica de las embarazadas también es un factor que afecta de manera inversamente proporcional ya que la pobreza, inclusive niveles de miseria, podrían ser la causante de la falta de acceso a centros de salud para poder llevar una atención primaria adecuada y esto a su vez promovería las complicaciones del embarazo.

Y por último el factor biológico según estudios científicos influye directamente en la evolución del embarazo ya que ciertas patologías suelen ser hereditarias.

JUSTIFICACIÓN

Con esta investigación se podrá determinar diferentes datos como factores de riesgo, filiación, y las principales complicaciones que ocurren en las gestantes adolescentes que padecen de preeclampsia, mediante los cuales se tomarán las medidas necesarias en el control prenatal y asegurar una resultante materno-neonatal óptima. Este estudio es de gran relevancia, ya que la preeclampsia es un problema de salud pública, principalmente en países de tercer mundo como el nuestro, con un alto índice de morbi-mortalidad materno-neonatal, por lo cual los beneficiados con esta investigación serán en primer lugar las gestantes adolescentes que padecen de preeclampsia y sus familias, debido a que al determinar medidas preventivas se reducirán los gastos que representa para la economía familiar el afrontar las complicaciones que esta enfermedad produce y que pueden ser evitados con un adecuado control. Además mediante esta investigación se mejoraran los protocolos y calidad de atención tanto en la Maternidad Sotomayor que es donde se realizara el estudio como en otras unidades de salud, donde se podrá aplicar el programa preventivo-educativo, con el cual se indicara el manejo correcto en atención primaria a las gestantes adolescentes con preeclampsia.

1.5 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un Programa preventivo educativo para el manejo adecuado del Embarazo de Adolescentes Preeclámplicas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor, y mejorar la resultante materno neonatal.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar los referentes teóricos de embarazo en adolescentes y de la preeclampsia
- Definir los principales aspectos gineco-obstetricos en las adolescentes embarazadas
- Señalar los principales factores de riesgo en adolescentes preeclámplicas

- Determinar nivel de información acerca de su patología en las adolescentes preeclámpticas
- Diseñar los elementos constitutivos del programa preventivo -educativo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámpticas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor.

1.6.3 PREMISA

Sobre la base de los fundamentos teóricos de embarazo en adolescentes y preeclampsia y analizando los ámbitos social, cultural, económico y biológicos se construye un protocolo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámpticas de 13 a 18 años que acuden al Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor.

1.6 SOLUCIÓN PROPUESTA

Diseñar un protocolo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámpticas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor, con el cual se evitaran las complicaciones que resultan de un mal manejo de esta patología.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 TEORÍAS GENERALES

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo prematuro en adolescentes, es un problema que implica a jóvenes de todas las latitudes, ya que en la actualidad, hay una tendencia generalizada hacia una mayor actividad sexual entre los adolescentes.

Organismos nacionales e internacionales se han interesado por develar las causas y consecuencias de esta tendencia, que son un problema de salud individual y social, con todas las implicaciones socioeconómicas que esto conlleva.

La Organización Mundial de la Salud, cataloga a la adolescencia como el periodo comprendido entre los 14 a los 19 años. Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años. Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual (ABREU R, 2008).

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo podemos citar un estudio realizado Colombia el año 2014 que revelo que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años (GOMEZ C, 2014). Sin embargo un trabajo realizado el año 2000 en Temuco, reveló una mayor precocidad del inicio

de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres.

Existe un importante correlación entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, en los niveles socioeconómicos más bajos se observa un inicio de actividad sexual más precoz. Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud tanto de la madre como la del hijo, y constituye un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que conlleva.

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En Chile, la incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16%. Se ha logrado identificar una gran variedad de factores de riesgo los cuales se agrupan en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil

determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. (GOMEZ C, 2014)

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. La funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.

CONSECUENCIAS

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

Entre las complicaciones somáticas, se observa que la mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, la anemia producto de malos hábitos alimenticios de la adolescente y el síndrome hipertensivo del embarazo son complicaciones comunes entre las gestantes

adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia.

Las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, podría corresponder a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria.

Entre las complicaciones somáticas que puede presentar el hijo de madre adolescente, el hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (ULANOWICZ M, 2006)

Entre las consecuencias psicosociales, la literatura indica que, uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la baja escolaridad y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, ya que tiene un efecto negativo la superación de la pobreza a nivel social. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. La maternidad adolescente duplica las probabilidades de que esta viva dependiendo de familiares y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo y la probabilidad de que el padre aporte económicamente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que,

inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

Como se destaca en la literatura económica acerca de la maternidad adolescente, ser una madre adolescente es un evento endógeno, cuya probabilidad de incidencia es mayor en contextos socioeconómicos desfavorecidos. Esto tiene serias implicaciones en la identificación del efecto de causalidad del embarazo adolescente. Posiblemente, la evidencia del efecto de la maternidad adolescente puede estar capturando correlaciones en lugar de relaciones causales. Esta es la razón por la cual los estudios sobre las consecuencias de la maternidad adolescente no pueden determinar causalidad en la mayoría de los casos. De hecho, parte de los resultados negativos que se atribuyen al embarazo en la adolescencia pueden deberse a la falta de oportunidades y a la baja educación y oportunidades económicas que enfrentan las madres adolescentes. (Azevedo J, 2012)

2.1.2 TEORIAS SUSTANTIVA

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DURANTE EL EMBARAZO

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad maternas, y el mayor número de muertes maternas se produce en pacientes eclámpicas. En los países en vías de desarrollo es la causa más importante de muerte materna y en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad constituye un problema grave de salud pública, particularmente en Ecuador y Paraguay.

Esta alta mortalidad se produce debido a que la HIE predispone a complicaciones como desprendimiento normoplacentario, edema agudo del pulmón, insuficiencia

renal aguda, hemorragia cerebral, coagulopatía intravascular diseminada y ruptura hepática. El riesgo perinatal varía con la intensidad del cuadro. En los casos leves de esta enfermedad no hay repercusiones significativas para el feto; en cambio cuando la preeclampsia-eclampsia es grave las consecuencias pueden variar: desde fetos que cursan asintomáticos, con un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad de gestación, hasta ser la causa de óbito fetal, estudios actuales indican que un enfoque expectante para el tratamiento de las pacientes con preeclampsia grave de aparición temprana se puede asociar con una disminución en la morbilidad para el recién nacido (Churchill D, 2013).

CLASIFICACIÓN DE LA HTA EN EL EMBARAZO

La OMS clasifica a la Hipertensión en el embarazo de la siguiente manera:

1. Preeclampsia y eclampsia:
 - a) Preeclampsia:
 - Leve.
 - Grave.
 - b) Eclampsia.
2. Hipertensión arterial crónica, sea cual fuere la causa.
3. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia o eclampsia sobreañadida.
4. Hipertensión transitoria o tardía.

El campo de estudio del presente trabajo es la preeclampsia por lo cual el Marco teórico se enfoca en esta patología.

Preeclampsia-eclampsia.

Es una afección propia del embarazo que se caracteriza por un aumento de la TA igual a 140/90 mm Hg o mayor que ésta, después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria mayor que 300 mg/L en las 24 horas y edemas en miembros inferiores y cara, que puede evolucionar hacia las formas severas donde la paciente presenta convulsiones y coma. La preeclampsia y la eclampsia son estadios de una misma enfermedad. La diferencia entre dichos estadios estriba en

la presencia de convulsiones o coma en la eclampsia, además de otros signos y síntomas de la preeclampsia.

Aunque la diferenciación de la preeclampsia en grados (leve y grave) es clásica y útil con fines didácticos, debe tenerse mucho cuidado, ya que el calificativo "leve" puede crear una impresión falsa de seguridad y es bien sabido, sin embargo, con cuanta rapidez se pasa de un estado a otro, e incluso, a las formas más peligrosas de la enfermedad. La preeclampsia se considera leve cuando la TA no llega a 160/110 mm de Hg y la proteinuria es menos de 2 g en 24 horas.

Se estima que la preeclampsia es grave cuando tiene o sobrepasa esos valores o si aparecen otros signos como son: oliguria con menos de 500 ml en 24 horas y la presencia de trastornos cerebrales, disturbios visuales, dolor epigástrico, edema pulmonar, cianosis u otros.

FISIOPATOLOGÍA

Aún no sabemos nada acerca de la causa de la enfermedad; no obstante, es imprescindible la existencia de un trofoblasto activo y se ha demostrado la existencia de un terreno de riesgo, es decir, factores que favorecen el desarrollo de la preeclampsia.

Los principales factores de riesgo que se han asociado con la aparición de la enfermedad son:

1. Tiempo de gestación: aparece después de las 20 semanas de embarazo.
2. Paridad: es una enfermedad de nulípara, más de 70 % ocurre en el primer embarazo.
3. Edad materna: es más frecuente antes de los 18 años y después de los 35 años. En estos últimos casos la enfermedad es más peligrosa.
4. Herencia familiar: la preeclampsia estará ligada a un gen autosómico recesivo.
5. Peso: cuando el peso es muy bajo o cuando hay obesidad.
6. Nutrición: constituye un factor importante según algunas escuelas, se considera la desnutrición grave así como las deficiencias proteínicas y quizás de algunas vitaminas (hidrosolubles).

7. Algunas condiciones obstétricas: por ejemplo, embarazo múltiple, mola hidatiforme, eritroblastosis Fetal y polihidramnios.
8. Diversas enfermedades crónicas: por ejemplo, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y nefropatías.
9. Inhibidor lúpico: la presencia de anticuerpos antifosfolípidos se asocia con cuadros de preeclampsia al final de la gestación.
10. Patrones culturales y factores socio-económicos: por ejemplo, la pobreza, algunas creencias y hábitos nocivos a la salud.
11. Cuidados perinatales deficientes. Se ha demostrado que la placenta desempeña una función importante en la génesis de la preeclampsia-eclampsia, ya que las manifestaciones clínicas desaparecen rápidamente después del parto.

La causa aún permanece desconocida, aunque se ha sugerido la isquemia uterina como un factor primario, ya que la preeclampsia se desarrolla en mujeres cuyo denominador común es una disminución en la perfusión placentaria. Entonces el efecto inicial de la preeclampsia sería una placentación anormal. (Curiel E, 2008) Esta placentación anormal sería la causante de la hipoperfusión, esta hipoperfusión elevaría la producción placentaria de una toxina endotelial, sustancia tóxica que causaría un daño en el endotelio de todo el organismo y sería la clave para que se desencadenen todos los fenómenos presentes en la preeclampsia. (Ginecología, 2012)

PREDICION Y PROFILAXIS

La prevención de la preeclampsia-eclampsia parece difícil en el momento actual, según el estado de nuestros conocimientos. Más que a evitar la enfermedad, la atención del médico debe dirigirse a 2 objetivos:

1. Descubrir los terrenos de riesgo en que la enfermedad puede desarrollarse.
2. Encontrar y tratar los riesgos iniciales y las formas ligeras para evitar el desarrollo de las formas más graves.

Respecto al primer objetivo se debe recordar la asociación de ciertos factores o atributos que se encuentran frecuentemente en las embarazadas preeclámpticas y que citamos en la fisiopatología.

En igual sentido figuran las exploraciones que permiten predecir aquellas embarazadas en las cuales es probable el desarrollo de la enfermedad. Los métodos predictivos de la HTA inducida por el embarazo se pueden clasificar en clínicos y de laboratorio.

Los métodos clínicos de predicción son:

1. Historia clínica (factores de riesgo).
2. Test de sensibilidad de la angiotensina II.
3. Roll over test (cambio de posición o prueba de Gant).
4. Test de ejercicio manual isométrico.
5. Presión arterial media.

De esto explicaremos el más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad. En 1974, Gant y colaboradores demostraron que 91 % de primigestas, cuya presión, diastólica no se incrementó en 20 mm de Hg cuando cambiaron de posición del decúbito lateral izquierdo (DLI) al decúbito supino (roll over test), se mantuvieron normotensas hasta el final del embarazo; en tanto que 93 % de las pacientes que presentaron un incremento de la presión diastólica en 20 mm de Hg o más desarrollaron una hipertensión inducida por el embarazo.

Este test se realiza entre las 28 y 32 semanas de gestación, y consiste en medir la presión arterial al nivel del brazo derecho en decúbito lateral izquierdo hasta que se estabilice, luego la gestante cambia de posición al decúbito supino y se mide la TA a los 5 min. Es importante que se realice la prueba en un ambiente de tranquilidad y colocar el 0 del tensiómetro al nivel de la aurícula derecha (JOERIN, 2007).

En el caso de que no aumente la presión diastólica la prueba es negativa y excluye la probabilidad del desarrollo de la enfermedad, con un grado de precisión elevado.

Los métodos de laboratorio son:

1. Aclaramiento del sulfato de dihidroisoandrosterona.
2. Trombocitopenia.
3. Fe sérico.

4. Fibronectina plasmática.
5. Relación calcio-creatinina urinaria.

De estos métodos, hablaremos de la fibronectina y el Fe sérico, porque son los de más alta sensibilidad. Entman y Richardson han utilizado la determinación de Fe sérico para predecir la HIE. Estos autores proponen que cuando la concentración de Fe sérico es superior a 100 mg/dL o si se produce una elevación de 70 % sobre los niveles basales, la paciente desarrollará una HIE.

Las posibles explicaciones de este fenómeno se le atribuyen a la hemólisis secundaria al vasospasmo y a la liberación de Fe a partir de las zonas de almacenamiento. Lazarchuck y colaboradores determinaron la fibronectina plasmática en gestantes y encontraron que cuando la concentración es superior a 400 mg/mL, las mujeres desarrollaban HIE 4 semanas más tarde. La fibronectina predijo 100 % de conformidad a las pacientes que se mantuvieron normotensas y 94 % de certeza (16 de 17) a las que desarrollaron HIE.

Entre las medidas profilácticas se encuentran:

1. Las consultas prenatales deben iniciarse precozmente y ser seguidas con regularidad y al ritmo establecido en la metodología de la atención prenatal.
2. La dieta será de un contenido calórico adecuado a la talla y el peso de la paciente y al régimen de trabajo o reposo que siga. Debe ser hiperproteica, normograsa y complementada calóricamente con glúcidos, con contenido adecuado de vitaminas y minerales y que incluya frutas, legumbres frescas y 1 L de leche diario.
3. Vigilancia del peso: aunque se considera ideal el aumento de 11 a 12 kg durante todo el embarazo, las restricciones en la dieta no han demostrado su capacidad para disminuir la preeclampsia y puede ser peligroso para el feto.
4. En pacientes de riesgo 60 mg de aspirina diario a partir de la semana 14, debido a que La preeclampsia está asociada con la producción intravascular insuficiente de prostaciclina, un vasodilatador, y con la producción excesiva de tromboxán, un vasoconstrictor y estimulante de la agregación plaquetaria (OMS, 2016)
5. Suprimir los esfuerzos físicos intensos o prolongados, debe establecerse un reposo por lo menos de 2 horas en el transcurso del día, además del reposo nocturno habitual de 8 horas.
6. Evitar las emociones y toda causa de estrés.

PREECLAMPSIA LEVE

Es la forma temprana de la afección, puede aparecer después de las 20 semanas de la gestación, aunque habitualmente comienza al principio del tercer trimestre.

Para hacer el diagnóstico de este estadio deben estar presentes la hipertensión arterial y la albuminuria. La paciente puede tener edemas o no. No debe haber otros síntomas subjetivos. El médico es quien debe descubrir la enfermedad. En general, lo primero que llama la atención de la paciente es el edema de los miembros inferiores, el aumento de volumen de los dedos de las manos y, a veces, de los párpados. El aumento brusco o exagerado de peso puede ser el signo más precoz. La proteinuria es un signo tardío, por eso hay que seguir a la paciente con hipertensión y edemas, para ver si efectivamente se trata de una preeclampsia.

TRATAMIENTO

1. Ingreso de la paciente (para su evaluación y educación sobre la enfermedad):

- a) Habitación cómoda y tranquila.
- b) Reposo en cama en decúbito lateral, preferentemente izquierdo.
- c) Dieta según lo recomendado, con 1 L diario de leche fresca.
- d) Medir la tensión arterial cada 8 horas.
- e) Pesar diariamente y medir diuresis de 24 horas.

2. Exámenes complementarios para la preeclampsia-eclampsia:

- a) Hemograma.
- b) Creatinina y aclaramiento de creatinina.
- c) Ácido úrico.
- d) Proteinuria de 24 horas.
- e) Coagulograma (lo más completo posible).
- f) Hepatograma.
- g) Urocultivo al ingreso.
- h) Proteínas totales.

La fibronectina es de valor para el diagnóstico precoz.

La antitrombina III y el ácido úrico lo son para el diagnóstico diferencial, y este último con la proteinuria nos permiten suponer el pronóstico fetal.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

1. Antihipertensivos: se administrarán cuando la TAD sea superior a 95 mm de Hg. Los medicamentos que se pueden utilizar son:

a) Betabloqueador: atenolol, 50 a 150 mg/día.

b) Anticálcico: nifedipina, 30 a 120 mg/día.

c) Alfametildopa: 750 mg a 2 g/día.

d) Hidralazina: 25 mg de 1 a 4 veces al día.

2. Sedación: se puede utilizar en caso de pacientes ansiosas o con insomnio.

TRATAMIENTO OBSTÉTRICO

1. Vigilancia obstétrica habitual diaria.

2. Valoración del estado feto-placentario por los métodos disponibles. Conducta expectante hasta que el embarazo esté a término, siempre que no exista agravamiento de la TA. Valorar la inducción del parto sólo a partir de las 41 semanas de gestación.

3. Debe permanecer ingresada en el hospital hasta el término del embarazo. Excepcionalmente se seguirá en consultas especializadas.

PREECLAMPSIA GRAVE

La paciente con preeclampsia grave tiene aspecto de enferma. Este estadio ha sido precedido habitualmente por un período de preeclampsia leve, aunque haya sido fugaz.

Al igual que en la preeclampsia leve, en la forma grave y pura se trata de una mujer sin antecedentes de enfermedad vascular o renal, cuyos síntomas se inician alrededor de los 6 meses de gestación. Esta entidad se caracteriza por hipertensión y proteinuria, y puede estar presente o no el edema. En ocasiones aparecen otros síntomas o signos que la definen, sin que se tenga que cumplir el criterio de TA a 160/110 mm de Hg.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La mayoría de las mujeres con preeclampsia son generalmente asintomáticas, sin embargo aquellos con preeclampsia grave, o presión arterial muy alta, puede sentirse mal con síntomas tales como dolor de cabeza, dolor abdominal superior o alteraciones visuales. (Sebastián R Hobson, 2016)

1. Trastornos neurológicos: cefaleas, náuseas, somnolencia persistente, insomnio, amnesia, cambios en la frecuencia respiratoria, taquicardia, fiebre, hiperreflexiapatellar con cloro, zumbido de oídos, vértigos, sordera, alteraciones del olfato, del gusto o de la vista (hemianopsia, escotomas, amaurosis).
2. Síntomas y signos gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor epigástrico en barra, hematemesis, e ictericia.
3. Síntomas y signos renales: oliguria, hematuria y excepcionalmente hemoglobinuria.
4. Examen clínico: generalmente la paciente está inquieta, irritable o somnolienta, embotada. Con frecuencia ha aumentado mucho de peso y no siempre tiene edemas marcados, a veces hay fiebre y disnea.
5. Examen cardiovascular: demuestra que no hay alteraciones cardíacas, ya que el tiempo de evolución de la enfermedad es corto para que se produzcan.
6. Examen oftalmológico: es muy importante. Aproximadamente en 60 % de los casos se encuentran espasmos, en 20 % hemorragias y exudados, y en otro 20 % hay edema de la retina (estas lesiones pueden coincidir). En 20 % de las pacientes el fondo de ojo es normal.

TRATAMIENTO

Estas pacientes requieren hospitalización inmediata.

1. Con respecto a la habitación, el reposo y la dieta, se seguirá lo descrito para la preeclampsia leve, aunque el reposo debe ser más estricto y la alimentación reducirse a la vía parenteral.
2. La atención médica y de enfermería deben ser constantes y comprenderá las acciones siguientes:

- a) Toma de la tensión arterial y signos vitales cada 1 hora hasta que se estabilice la TA y luego cada 4 horas.
- b) Balance hidromineral (evaluar cada 6 horas).
- c) Diuresis horaria.
- d) Fondo de ojo en días alternos.
- e) Electrocardiograma al ingreso.
- f) Radiografía de tórax.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Se indicará antihipertensivo (mientras se decide dar término a la gestación), si la presión diastólica es mayor que 110 mm de Hg, o igual.

1. Hidralazina por vía endovenosa: 5 mg diluida en 10 mL de suero fisiológico en bolo y repetir cada 30 min. Si la TA se mantiene elevada, se puede emplear hasta 20 mg; la presentación es en ampolletas de 25 mg. También se usa en venoclisis a 75 mg diluida en 500 mL de suero fisiológico hasta obtener una respuesta adecuada. Nunca se debe tratar de que la TA descienda por debajo de 20 % de su valor inicial, ni aun cuando estos valores se alcancen lentamente.
2. Nifedipina: 10 a 20 mg triturados por vía sublingual u oral, y repetir cada 30 min a 1 hora por 3 veces, si es necesario. Se pueden emplear otros hipotensores igual que en la preeclampsia.
3. Diuréticos: se emplean sólo en el edema pulmonar agudo o cuando hay compromiso cardiovascular. Furosemida: 20 a 40 mg por vía endovenosa.
4. Sulfato de magnesio: sólo debe emplearse en las formas más severas, ante la inminencia de convulsiones o durante el trabajo de parto. No se debe asociar con nifedipina, porque potencializa su acción. Debe prevenirse al anestesiólogo sobre su empleo, por si necesita asociarlo con la succinilcolina.

TRATAMIENTO OBSTÉTRICO

La evacuación del útero es el único tratamiento causal. El momento de la inducción del parto se determina por la gravedad materna y por el síndrome de insuficiencia placentaria que indica peligro fetal. En los casos graves con crecimiento intrauterinoretardado hay que evacuar el útero sin tener en cuenta el

tiempo de gravidez; si el cuello no está maduro probablemente será necesaria la cesárea, pero en general para la elección de la vía de parto, habrá que tener en cuenta factores tales como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, entre otros (Gynecologists, 2013)

Después del parto debe mantenerse la vigilancia en la Sala de Cuidados Perinatales de 48 a 72 horas.

2.1.3 REFERENTES EMPÍRICOS

La preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos y es la segunda causa de muerte materna en el Perú, con 32%, y la primera causa de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con 43%. Se hace una revisión de los nuevos aportes en el manejo de la preeclampsia severa y eclampsia y de una de sus complicaciones más graves, como es la rotura hepática (Enrique Guevara Ríos, 2014). Uno de los principales factores de riesgo para padecer esta enfermedad es el embarazo en la adolescencia. Se estima que 16 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años tienen un hijo, con una prevalencia del 18% en América Latina y el Caribe. En el estudio de Victoria y colaboradores, de 49 casos de embarazadas adolescente, el 61,3% presentó preeclampsia leve y de 22 casos, el 27,5% preeclampsia severa (Victoria G, 2005)

Fred Morgan-Ortiz y colaboradores en su estudio de casos y controles acerca de los factores de riesgo asociados con preeclampsia realizado de enero de 2003 a diciembre de 2007 con las pacientes que acudieron al área de toco-cirugía del Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México, señala que aunque en la actualidad no existe una profilaxis validada para la preeclampsia, la estimación del riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho durante el control prenatal ya que en la bibliografía se ha asociado un amplio espectro de factores sociodemográficos y obstétricos con preeclampsia, entre los que se incluyen: alcoholismo, antecedente de preeclampsia

en embarazos previos, edad menor de 20 años y mayor de 34 años, nuliparidad, e historia familiar de preeclampsia(Morgan F, 2010).

A pesar de poder relacionar el desarrollo de preeclampsia con algunos factores de riesgo, no se puede dejar a un lado los factores inmunogenéticos, de cada persona que la vuelven susceptible a padecer esta patología como lo menciona Ramiro López-Pulles et al en su estudio retrospectivo denominado “Evaluación de las contribuciones genéticas al riesgo de preeclampsia en mujeres ecuatorianas”, el cual fue realizado en el Hospital Isidro Ayora en Quito, en el cual se llegó a la conclusión de que, existe una mayor predisposición para los casos heredados (26%) frente a los controles (9,85%), para la aparición de preeclampsia. La frecuencia del gen recesivo para el modelo de herencia mendeliana madre-feto homocigotos (aa / aa), de acuerdo con la Ley de Hardy-Weinberg, fue de 0,41 para la muestra analizada(LOPEZ R, 2010)

Y no se puede dejar de llegar a los estudios donde se observa la resultante neonatal de las pacientes preeclámpicas, en una cohorte de 100 casos de FPE, 90 evolucionaron con déficit de peso; de éstos 70 nacieron prematuramente y 20 lo hicieron a término pero fueron pequeños para su edad gestacional. En la mayoría se registraron las características de disfunción placentaria. (Gomez M, 2006)

2.2 MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGIA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN.

En el campo de la investigación, la metodología cualitativa, es también considerada como una metodología naturalista, participativa, etnográfica, humanística, holística e interpretativa, considera interna o interpretativa, parte del principio de que, los fenómenos deben ser estudiados en su múltiples determinaciones y no en sus partes constituyentes, el enfoque debe ser holístico, incorporando la comprensión del contexto en que este se produce.

Las técnicas más utilizadas en este tipo de estudio son:” la entrevista, observación directa, la interpretación de materiales escritos, llamada también exegética etc. Con las técnicas señaladas, se analiza e interpreta el fenómeno o problema desde

la visión del actor en su contexto, a esto también se le denomina enfoque émico. En lo social se considera el fenómeno en función del esquema de valores que configuran su conducta e incide en sus comportamientos.

La investigación cualitativa, va generando teoría e hipótesis explicativa de los fenómenos en estudio, no demanda sino preguntas orientadoras de la acción, cuyas respuestas generan relaciones y correlaciones causales.

Generalmente, las características de la investigación cualitativa se pueden resumir en lo siguiente:

- Utiliza variadas técnicas para la recogida de la información.

- La muestra de informantes no es estadística, ni representativa, sino una selección de miembros de diferentes grupos de la población que viene determinada por los objetivos de estudio.

- Es ideográfica porque enfoca las ideas, comportamientos, hábitos y costumbres, expresados por los sujetos de estudio.

- Es inductiva porque de los datos empíricos emergen las explicaciones teóricas.

- Flexible por cuanto su proyecto de investigación se va adaptando a las circunstancias del investigador y el investigado...

- Es holística por cuanto contempla la diversidad de hechos que determinan el problema y su contexto.

En síntesis, la investigación cualitativa es un proceso que se va enriqueciendo en el desarrollo de las actividades, permite enfocarla desde varias perspectivas y posibilita una mejor comprensión del fenómeno o problema de estudio.

El estudio de caso o análisis de caso es un instrumento o método de investigación con origen en la investigación médica y psicológica.

Un caso puede ser una persona, organización, programa de enseñanza, un acontecimiento, etc. En educación, puede ser un alumno, profesor, aula, claustro, programación, colegio...

Destacamos a Merriam (1988), quien define el estudio de caso como particularista, descriptivo, heurístico e inductivo. Es muy útil para estudiar problemas prácticos o situaciones determinadas. Al final del estudio de caso encontraremos el registro

del caso, donde se expone éste de forma descriptiva, con cuadros, imágenes, recursos narrativos, etc.

Algunos consideran el estudio de caso como un método, y otros como un diseño de la investigación cualitativa. Como dice Yin (1993), el estudio de caso no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina para dar respuesta a preguntas de la investigación para la que se use.

El estudio de caso cuenta con distintas categorías: crónico, descriptivo, pedagógico, y para contrastar una teoría según el objetivo de la investigación y los tipos del estudio de caso: factual, interpretativo y evaluativo . También descara la clasificación de Stake (1994), en estudios de caso intrínsecos (para comprender mejor el caso), instrumentales (para profundizar un tema o afirmar una teoría) y colectivos (el interés radica en la indagación de un fenómeno, población... se estudian varios casos). Son mucha las clasificaciones de estudio de caso. Destaca también la de Yin (1993). Según éste, encontramos el estudio de caso único, que se centra en un solo caso, justificando las causas del estudio, de carácter crítico y único, dada la peculiaridad del sujeto y objeto de estudio, que hace que el estudio sea irrepetible, y su carácter revelador, pues permite mostrar a la comunidad científica un estudio que no hubiera sido posible conocer de otra forma. También encontramos el estudio de caso múltiple, donde se usan varios casos a la vez para estudiar y describir una realidad. Ahora, ya sea el estudio de caso único o múltiple, además puede tener una o más unidad de análisis, considerando la realidad que se estudia de forma global o en subunidades de estudio, independientemente de si se trata de uno o más casos.

En cuanto a los objetivos del estudio de caso, trata:

- Producir un razonamiento inductivo. A partir del estudio, la observación y recolección de datos establece hipótesis o teorías.
- Puede producir nuevos conocimientos al lector, o confirmar teorías que ya se sabían.
- Hacer una crónica, un registro de lo que va sucediendo a lo largo del estudio.
- Describir situaciones o hechos concretos
- Proporcionar ayuda, conocimiento o instrucción a caso estudiado

- Comprobar o contrastar fenómenos, situaciones o hechos.
- Pretende elaborar hipótesis

Es decir, el estudio de caso pretende explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar.

Para la selección de un caso, puede atenderse al carácter representativo de un caso concreto, aunque la intención del estudio de caso no sea precisamente la de generalizar datos (puede ser que la intención sea transformar esa realidad, y no generalizar a otros casos).

2.2.1 CATEGORÍAS

Las categorías que principalmente condicionan a todas las embarazadas son la social, cultural, económica y biológica, porque el problema no solo es la patología presentada sino que el medio donde se desarrolle el embarazo será un factor determinante de su evolución, esto a su vez va de la mano con la educación que pueda tener porque se ha observado que cuando hay un mayor nivel de cultural hay una mejor pronostico para el futuro de la adolescente embarazada

2.2.2 DIMENSIONES

La información es una de las dimensiones sociales más importantes ya que dependiendo de lo que perciben las adolescente son respecto al embarazo habrá mayor o menor preocupación por seguir los debidos controles prenatales, la pobreza y el desempleo son dimensiones sociales que influyen de manera inversamente proporcional ya que el embarazo precoz sumado a la pobreza la miseria, crea un circulo del cual difícilmente salen la adolescentes, en cuanto a la parte biológica el presentar menarquía temprana en el ambiente de bajo nivel cultural y socioeconómico hace propensas a las adolescentes a los embarazo no deseados que por falta de control y desinformación se suelen complicar.

2.2.3 INSTRUMENTOS

Los instrumentos aplicados, en función de las técnicas, fueron: historias clínicas, guías de entrevista, cuestionarios y fichaje.

2.2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

El estudio se realizó a 20 adolescentes embarazadas con preeclampsia, las mismas que acudieron para ser atendidas en el Hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el 2015.

2.2.5 GESTIÓN DE DATOS

Los datos fueron recogidos de las respectivas historias clínicas y mediante las entrevistas y encuestas aplicadas, posteriormente se efectuó la tabulación, elaboración de cuadros estadísticos, para el respectivo análisis e interpretación cuanti-cualitativa de los resultados, mismos que, luego de su discusión, sirvieron para elaborar las conclusiones, recomendaciones de lo cual se deriva la propuesta.

2.2.6 CRITERIOS ÉTICOS

La participación de las personas investigadas, en el presente estudio, fue con consentimiento informado y no implicó riesgo de ninguna especie para ellas; por el contrario, estuvieron muy motivadas y dispuestas a colaborar.

La información, ha sido utilizada estrictamente, para fines académico/profesionales y de manera exclusiva, para este estudio.

Se contó con la debida autorización de los directivos del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, para tener acceso a la información.

2.2.7 RESULTADOS

Los referentes cuantitativos de mayor significación son los siguientes:

El estudio se realizó a 20 adolescentes preeclámpicas atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. En el presente estudio al indagar sobre los datos de filiación, se observó que un 80% de las adolescentes estudiadas eran primigestas, 70% indicaron encontrarse en unión libre, 30% indicaron ser solteras, 100% indicaron no estar trabajando, 90% no terminaron la secundaria. 80% de adolescentes indicaron que la menarquía se presentó entre los 11 y 13 años de edad. La edad de inicio de vida sexual activa fue en un 75% a los 15 años. En cuanto al uso de anticonceptivos 60% indicaron haber utilizado preservativo, 40% no usaron ningún método anticonceptivo. El 20% indicó haber ingerido alcohol alguna vez. 70% tenía antecedentes familiares de Hipertensión arterial.

Se dividió a las pacientes estudiadas en dos grupos, las primigestas o aquellas que no habían padecido la enfermedad y aquellas pacientes que ya habían padecido preeclampsia en embarazos anteriores.

Conocimiento acerca de la enfermedad

Las primigestas o aquellas que en embarazos anteriores no padecieron de esta enfermedad indicaron tener algo de conocimiento sobre la enfermedad por experiencias de familiares o amigos, sin embargo no comprendían cómo se podía manifestar la enfermedad en caso de padecerla. "...se me hincharon las piernas pero pensé que era normal por el embarazo.... S.17 Las pacientes indicaron que el diagnóstico de preeclampsia fue inesperado "...solo fui a un control normal y me dijeron que tenía la presión subida...N. 18"

Preocupación sobre la gravedad de la enfermedad

Aquellas pacientes que ya habían cursado una gestación con preeclampsia indicaron la preocupación porque habían recibido la información de que podría repetirse la enfermedad en el siguiente embarazo, por lo tanto los controles los realizaron de maneras más rigurosa. A pesar de esto en muchas de las pacientes se genero sentimientos de preocupación e impotencia porque indicaban sentir no poder hacer nada al respecto. ... La preeclampsia es como una lotería no se sabe a quién le va a tocar, pero si ya te dio una vez es seguro que te va a volver a dar.....

B.16.

Causas de la enfermedad

Las pacientes que no habían padecido la enfermedad manifestaron que quizás la falta de control fue la causa de su enfermedad... Si me hubiera ido al subcentro desde el inicio no se me hubiera subido la presión....

Las pacientes que ya habían padecido preeclampsia indicaron que la causa era biológica.... Ya es un problema que se lleva en la sangre.....

Conocimiento de los signos de alarma

Las pacientes primigestas o las que no habían padecido de preeclampsia indicaron no conocer cuáles eran los signos de alerta, Me dolía la cabeza pero no sabía porque, pensé que era normal.....

Es evidente que estos resultados son la consecuencia lógica del desconocimiento y la falta de información, por parte de las pacientes, la mayoría son primigestas, de temprana actividad sexual y bajo nivel de instrucción escolar.

DISCUSION

De los resultados cuantitativos, se derivan algunas afirmaciones cualitativas que explican el comportamiento de los casos en estudio. Así tenemos que las pacientes primigestas o multíparas que no habían padecido la enfermedad en embarazos anteriores, desconocían la importancia de los controles prenatales y la poca información que tenían al respecto de preeclampsia la había escuchado de amigos o familiares, por lo tanto desestimaban la gravedad del padecimiento, y no sabían cuál podría ser la causa. Aquellas pacientes que ya habían padecido la enfermedad tenían un poco más de conocimiento pero aun así no les quedaba claro los signos de alerta

En el presente estudio se puede observar que en varias de las pacientes un factor de riesgo es la historia familiar ya que muchas de las pacientes indicaron tener antecedentes familiares de preeclampsia del mismo modo en que Fred Morgan-Ortiz y colaboradores en su estudio de casos y controles acerca de los factores de riesgo asociados con preeclampsia señala que la estimación del riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho durante el control prenatal ya que en la bibliografía se ha asociado un amplio espectro de factores sociodemográficos y obstétricos con preeclampsia, entre los que se incluyen: alcoholismo, antecedente de preeclampsia en embarazos previos, nuliparidad, e historia familiar de preeclampsia(Morgan F 2010).

Y como lo indica Ramiro López-Pulles et al en su estudio retrospectivo denominado “Evaluación de las contribuciones genéticas al riesgo de preeclampsia en mujeres ecuatorianas”, no se puede dejar a un lado los factores inmunogenéticos, de cada persona que la vuelven susceptible a padecer esta patología, ya que existe una mayor predisposición para los casos heredados (26%) frente a los controles (9,85%), para la aparición de preeclampsia. Ya que casi la totalidad de pacientes que ya habían padecido preeclampsia en embarazos anteriores la volvieron a presentar en embarazos subsecuentes.

El presente trabajo nos corrobora la importancia de los controles prenatales para la prevención de complicaciones de esta enfermedad pero se observa una clara falta

de difusión del conocimiento a las población de riesgo tal como son las adolescentes objetos de este estudio.

CAPÍTULO 3

SOLUCIÓN PROPUESTA

3.1 Introducción la propuesta

Debido a la limitada eficacia preventiva en niveles primarios y secundarios se observa un alto índice de pacientes que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor con complicaciones derivadas de la preeclampsia, mismas que se pudieron evitar si se hubiera realizado el diagnóstico de manera temprana, si bien es cierto que esta patología no se puede prever, el buen control de las repercusiones materno fetales y un tratamiento adecuado, cambiarían la evolución del pronóstico al evitar las complicaciones. Así mismo la identificación temprana de las mujeres de alto riesgo es decir, mujeres con hipertensión crónica, diabetes mellitus, obesas o con otro tipo de patologías y un adecuado y estrecho seguimiento clínico entrarían dentro del marco de la prevención de esta enfermedad.

3.2 Objetivo de la propuesta

Diseñar un programa preventivo educativo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámpicas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor, con el cual se evitaran las complicaciones que resultan de un mal manejo de esta patología.

1.3. Justificación

El programa preventivo educativo de manejo de adolescentes preeclámpicas, permitirá tanto a las adolescentes objeto de estudio como a sus familiares reducir los gastos que representa para la economía familiar el afrontar las complicaciones que esta enfermedad produce y que pueden ser evitados con un adecuado control,

además del estrés emocional al que se someten las adolescentes complicadas ya que no solo el riesgo es para su salud sino para el bebe que llevan en su vientre.

Esta propuesta es pertinente ya que está basada en las necesidades de salud vigentes, y trascendente ya que reducirá el nivel de morbimortalidad materno neonatal en pacientes con preeclampsia al evitar la complicaciones, este programa preventivo educativo cumplirá su objetivo al empapar a las pacientes de información necesaria, para que tomen conciencia del riesgo y que puedan identificar la susceptibilidad de padecer complicaciones, de este modo las pacientes e riesgo se realizaran controles más estrictos, es factible ya que existe el apoyo de las autoridades y personal medico del Hospital Enrique C. Sotomayor.

El propósito general o resultados esperados con la propuesta, consiste en informar a las pacientes sobre las complicaciones que resultan de un mal manejo de esta patología y reducir los riesgos que ella implica, para la salud de la madre y el bebé; y consecuentemente reducir los costos a la familia y el estado.

3.4. Actividades

La programación de las unidades didácticas

La programación de las unidades didácticas incluyen los siguientes contenidos:

- ✓ Taller I: Métodos anticonceptivos. Introducción.
- ✓ Taller II: Preeclampsia, signos de alarma.
- ✓ Taller III: Nutrición
- ✓ Taller V: Actividad Final

Para la realización de cada Taller la secuencia será:

- Inducción, presentación y experimentación individual sobre la actividad, cada participante observan, analiza y distinguen las posibilidades de utilización y aplicabilidad de la actividad en su actuar diario.

- Trabajo de discusión grupal las participantes intervienen y muestran sus experiencia individual, y realizan propuestas de soluciones a conflictos. Se puede formarán grupos de 6 a 8 participantes.
- Reflexión y valoración grupal de lo acontecido.
- Se realiza una propuesta grupal cuando el tipo de actividad se presta a ello.

3.5- Tratamiento didáctico de la actividad:

- a) Cumplimiento de objetivos. Los talleres están seleccionados según los objetivos que queramos conseguir en la sesión.
- b) El número de participantes para la confección de los grupos queda condicionado según el objetivo de la actividad o Taller.
- c) El lugar de realización del Taller debe reunir unas condiciones mínimas que permitan la realización de las actividades contempladas para el mismo.
- d) El material didáctico será entregado con anterioridad, ya sea impreso o en formato electrónico.
- e) Las presentaciones y ejemplificaciones seleccionadas serán organizadas con anterioridad
- f) Se deben utilizar las actividades más motivantes e instructivas, realizando al finalizar la misma las conclusiones y recomendaciones para la próxima actividad.

Recuadro didáctico de la actividad

Taller correspondiente a:
Lugar:
Materiales:
Organización:
Objetivos:
Desarrollo:
Conclusiones de la actividad:

Taller ejemplo: Utilización adecuada de métodos anticonceptivos

Tema	Objetivos	Reglas o Normas	Desarrollo de las Actividades	Resultados Esperados
Métodos anticonceptivos. Introducción.	Introducir el tema a las participantes. Definir términos relacionados con el tema	Reconocimiento del grupo.	Realizar presentación previa de las participantes, cumplir con el cronograma de trabajo.	Apropiación del conocimiento sobre la manera adecuada del uso de anticonceptivos

3.6.- Resultados esperados

Luego de concluido el taller se espera, que hayan tomado conciencia sobre lo grave de la enfermedad y la importancia de los controles prenatales, así mismo se espera que al evaluar a la adolescente se evidencie un nivel de conocimiento acerca de la preeclampsia, que les permita detectar los signos de alarma a tiempo, y que haya más predisposición a la utilización de métodos anticonceptivos efectivos para evitar los embarazos no deseados o para que los próximos embarazos sean planificados tomando en cuenta sus factores de riesgo.

3.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.5.1. Conclusiones

Las principales conclusiones que se derivan del presente estudio son las siguientes:

- a) El embarazo en adolescentes, es una característica particular de los países en desarrollo.
- b) En nuestro estudio, cuyo resultado se puede generalizar a nivel nacional, la preeclampsia prevalece entre las adolescente embarazadas entre 13 y 18 años.
- c) Una de las principales causas de la preeclampsia en este grupo etareo de adolescentes embarazadas, es la falta de información previa sobre esta patología.
- d) Los principales factores de riesgo que complican el embarazo en adolescentes con preeclampsia son bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva.
- e) No existe un programa preventivo-educativo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámplicas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, que incluya a los familiares

3.5.2. Recomendaciones:

Derivadas de las conclusiones se plantean las siguientes recomendaciones:

- a) Incrementar en los programas nacionales de salud, la prevención de la preeclampsia.

- b) Incorporar en los planteles educativos de nivel básico superior hasta el bachillerato, programas educativos que se incluyan información específica sobre la preeclampsia, sus causas y efectos.
- c) Implementar en el Hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor, un programa preventivo -educativo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámpticas de 13 a 18 años.

BIBLIOGRAFÍA

- ABREU R, R. O. (2008). Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. *Gaceta medic espirituana*, 20.
- Azevedo J, F. M. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades en America Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros economicos. *rev. del Bnco Mundial*, 17.
- Churchill D, D. L. (2013). Atención intervencionista versus expectante para la preeclampsia grave antes del término. *Cochrane*, 12.
- Curiel E, P. M. (2008). Factores relacionados con el desarrollo de preeclampsia. *Elsevier*, 3.
- Enrique Guevara Ríos, L. M. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2.
- Ginecología, F. L. (2012). Preeclampsia/Eclampsia. *Módulo de capacitación en Pre-Eclampsia/ Eclampsia.*, 1-53.
- GOMEZ C, M. V. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes. *Revista de salud pública*, 394-406.
- Gomez M, D. C. (2006). El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. *Revista mexicana de pediatria*, 82-88.
- Gynecologists, R. o. (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 122(5):1122-31.
- JOERIN, V. E. (2007). Preeclampsia-Eclampsia. *Revista del postgrado de la catedra de medicina.*, 20.
- LOPEZ R, G. F. (2010). Evaluacion de las contribuciones geneticas a riesgo de preeclampsia en las mujeres ecuatorianas. *IMBIOMED*, 410-418.
- Meeme A, B. G. (2016). Endothelial dysfunction and arterial stiffness in pre-eclampsia demonstrated by the EndoPAT method. *PUBMED*, 27:1-7.
- Morgan F, C. S. (2010). Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles . *Revista de Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 78:(3) 153-159.
- MORGAN F, C. S. (2010). Factores de riesgo asociados con preeclampsia: Estudios de casos y controles. *Revista de ginecologia y Obstetricia*, 153-159.
- OMS. (2016). Antiagregantes plaquetarios para la prevención de preeclampsia y sus complicaciones. *Biblioteca de salud reproductiva de la OMS*, 1.

- PARE E, P. S. (2014). Clinical risk factors for preeclampsia in the 21st century. . *Obstet Gynecol*, 763-770.
- Roberts JM, C. J. (2008). Preeclampsia more than 1 disease or is it? *Hypertension*, 51:998-1050.
- SCIFRES CM, N. D. (2009). INTRAUTERINE GOWTH RESTRICTION, HUMAN PLACENTAL DEVELOPMENT AND TROPHOBLAST CELL DEATH. . *JOURNAL PHYSIOLOGY*, 3453-8.
- Sebastián R Hobson, J. C. (2016). La melatonina para el tratamiento de la preeclampsia. *cochrane*, 1.
- Steegers EA, V. D. (2010). Pre-eclampsia. *Lancet*, 376:631-44.
- ULANOWICZ M, P. K. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de postgrado de la catedra de medicina*, 13-17.
- Victoria G, C. B. (2005). Preeclampsia y eclampsia en embarazadas adolescentes en hospital maternidad Nuestra Señora Altigracia. *Revista medica Dominicana*, 66:297-88.

ANEXOS

TABLA 1

ARBOL DE PROBLEMAS

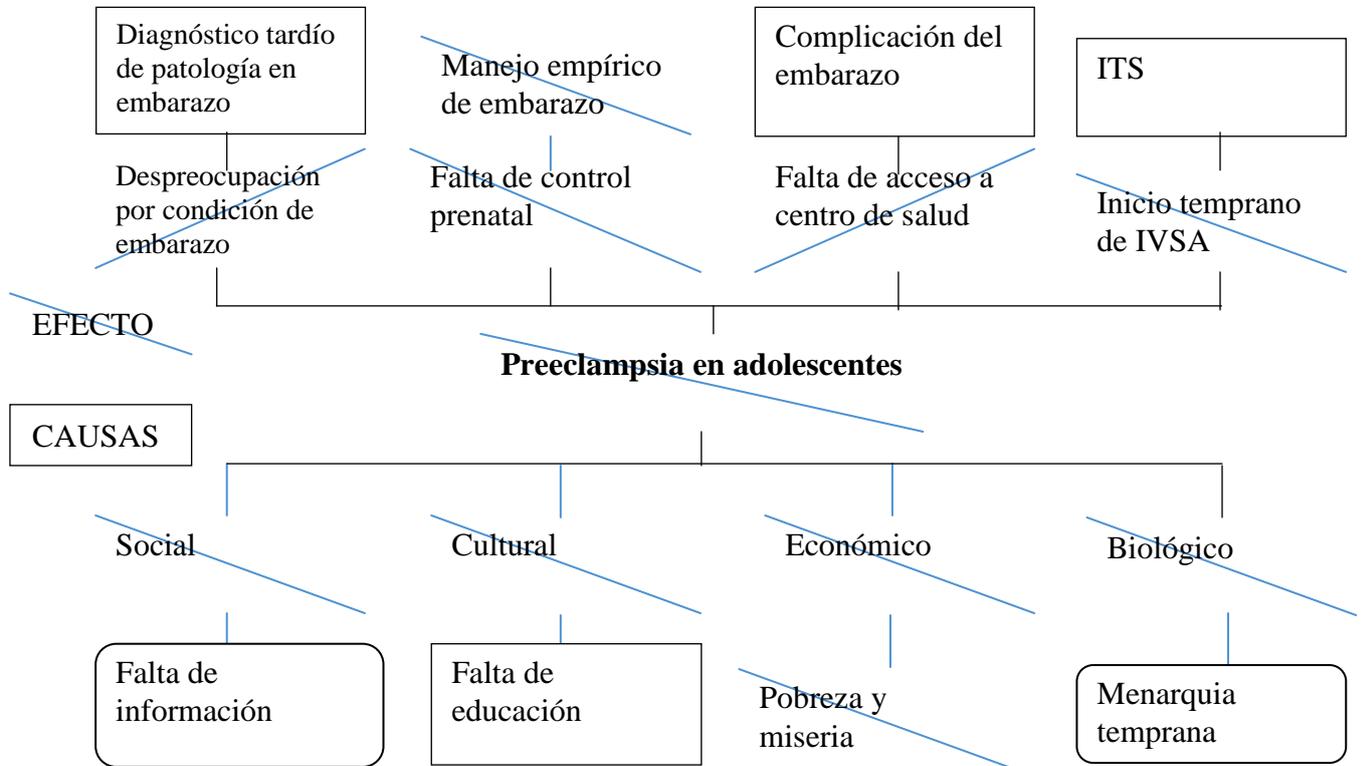


TABLA N° 2
CATEGORIA, DIMENSIÓN E INSTRUMENTOS SEGÚN UNIDAD DE ANÁLISIS

CATEGORIA	DIMENSION	INTRUMENTOS	UNIDAD DE ANALISIS
Social	Información	Entrevista	Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor
	Control prenatal	Encuesta	
Cultural	Educación	Encuesta	Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor
	Pudor		
Económico	Nivel económico	Encuesta	Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor
	Desempleo		
Biológico	Menarquía	Historia clínica	Adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor
	Inicio de vida sexual	Entrevista	

TABLA 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA ENTRE OBJETO DE ESTUDIO, CAMPO DE INVESTIGACIÓN, PREGUNTA CIENTÍFICA Y OBJETIVOS

TEMA:	EMBARAZO EN ADOLESCENTES PREECLÁMPTICAS DE 13 A 18 AÑOS EN HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. PROGRAMA PREVENTIVO-EDUCATIVO.			
OBJETO DE ESTUDIO	CAMPO DE INVESTIGACIÓN	PREGUNTA CIENTÍFICA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Embarazo en adolescentes	Preclampsia en embarazo de adolescentes	¿Cómo disminuir las complicaciones del Embarazo de Adolescentes Preeclámpticas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor?	Diseñar un Programa preventivo educativo para el Manejo adecuado del Embarazo de Adolescentes Preeclámpticas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor, para mejorar la resultante materno neonatal.	<p>2. Analizar los referentes teóricos de embarazo en adolescentes y de la preeclampsia</p> <p>3. Determinar los factores de riesgo que conllevan a la complicación del embarazo en adolescentes con preeclampsia</p> <p>4. Diseñar los elementos constitutivos del programa preventivo -educativo para el manejo adecuado del embarazo de adolescentes preeclámpticas de 13 a 18 años en el Hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor.</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL
MAESTRIA EN GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

FECHA DE RECEPCION.....

I. DATOS DE FILIACION

a. Edad.....

b. Estado Civil

Soltera () Casada () Unión libre () Viuda ()

)Separada () Divorciada ()

c. RAZA.....

d. INSTRUCCIÓN.-

Ninguna (). Primaria Incompleta (). Primaria Completa ()

Secundaria Incompleta (), Secundaria Completa (), Superior ()

e. OCUPACION.- Oficios del hogar () Trabajadora dependiente ()

Trabajadora Independiente () Desempleada () Estudiante ()

II. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

a. Edad de menarquía

8 -10() 11- 13() 14-16 () Después de los 16 ()

b. Edad de inicio de vida sexual activa

8 -10() 11- 13() 14-16 () Después de los 16 ()

c. Ha utilizado algún método anticonceptivo si () no()

Gestas () Partos () Abortos () Cesáreas ()

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Indique si padecía alguna patología previa al embarazo

Fuma si () no ()

Bebe alcohol si () no ()

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Existe antecedentes de hipertensión o preeclampsia en algún familiar si () no()

V. CONOCIMIENTO ACERCA DE PREECLAMPSIA

a. Sabía usted que es preeclampsia antes de ser diagnosticada? si () no ()

b. De qué manera obtuvo información acerca de preeclampsia?

En el centro de Salud ()

Amigos ()

Familiares ()

Medios de comunicación ()

c. Cuál cree usted que es la causa de la preeclampsia?

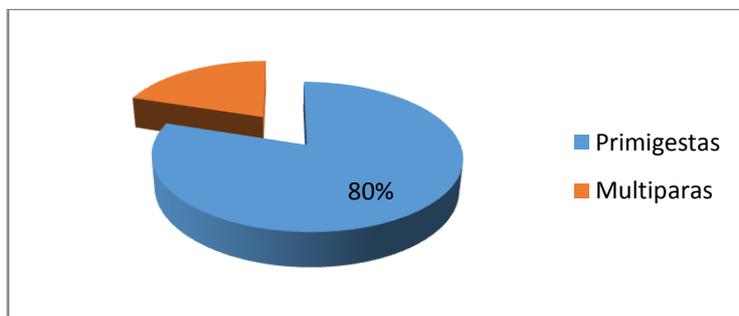
d. Indique cuales son los signos y síntomas de alarma en pacientes preeclampticas.

e. De qué manera cree usted que se puede prevenir la preeclampsia?

GRAFICOS

GRAFICO #1

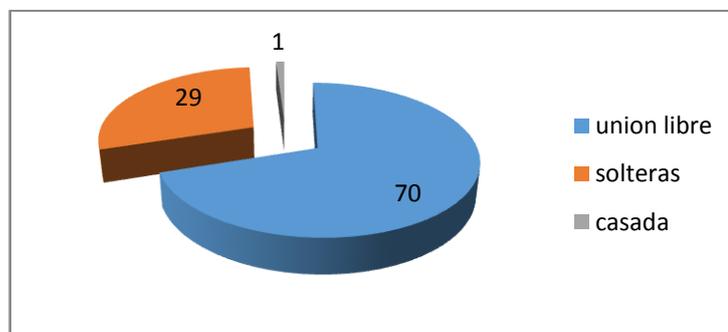
DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS SEGÚN PARIDAD



Interpretación: A pesar de que el mayor porcentaje 80% de adolescentes son primigestas, existe un 20% que ya ha tenido embarazos previos lo cual sugiere una gran desinformación de métodos anticonceptivos

GRAFICO#2

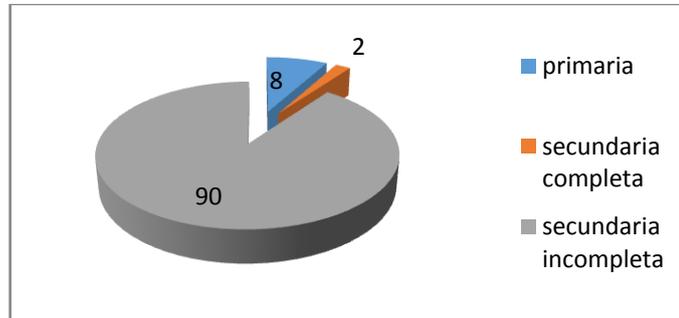
DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS SEGÚN ESTADO CIVIL



Es evidente que los embarazos en adolescentes ocurren previo a haber formado un hogar, solo 1% eran casadas 70% unión libre, pero la mayoría de estas parejas formadas quizás por la presencia del embarazo tiende al fracaso.

GRAFICO#3

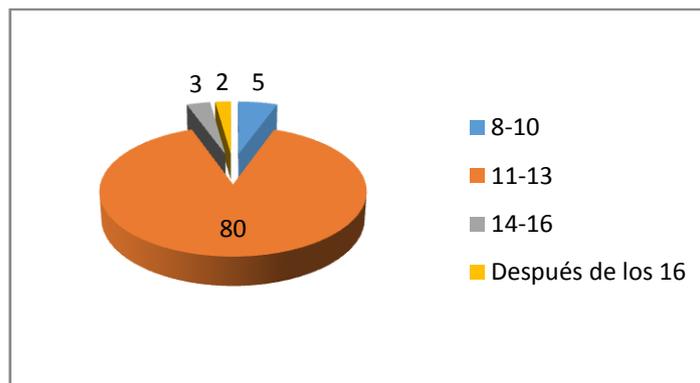
DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS SEGÚN INSTRUCCIÓN



En este gráfico se observa que 90% de adolescentes embarazadas no concluyeron la secundaria, y lo más probable es que nunca lo hagan debido a la necesidad de trabajar para aportar económicamente por la llegada del nuevo integrante a la familia.

GRAFICO#4

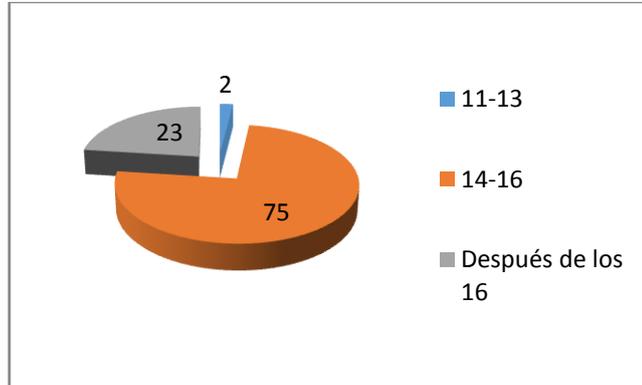
DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACIÓN DE LA MENARQUIA



En el 80% de adolescentes la menarquía apareció entre los 11 y 13, esto podría ser un factor que promueve el inicio de vida sexual activa a corta edad y a su vez propiciar el embarazo en adolescentes

GRAFICO#5

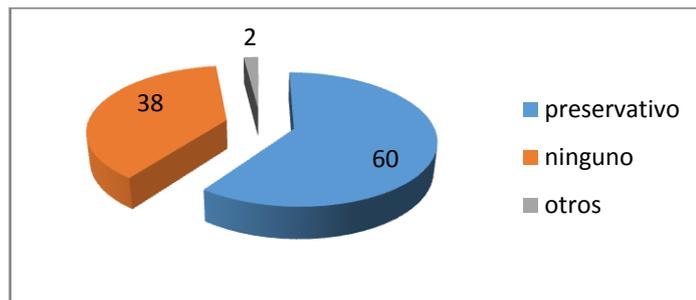
DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS SEGÚN INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA



Un 75% de adolescentes estudiadas inicio su vida sexual activa entre los 14 y 16 años de edad, tal como se concluyo en el grafico anterior la menarquía temprana podría favorecer este hecho.

GRAFICO#6

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES ESTUDIADAS SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO



Se observa que un 60% de adolescentes usaban como método anticonceptivo el preservativo masculino es decir la anticoncepción depende del hombre, quizás por la falta de conocimiento acerca de otros método que pueden ser utilizados por las chicas adolescentes.



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 4%

Date: lunes, marzo 14, 2016

Statistics: 7 words Plagiarized / 167 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

INTRODUCCIÓN Con este estudio se quiere identificar las principales características de riesgo que presentan las gestantes adolescentes con preeclampsia grave. Datos de la OMS indican que existen más de 166 mil muertes por preeclampsia al año. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países subdesarrollados (JOERIN, 2007) La Preeclampsia es definida como el incremento de la presión arterial igual o mayor a 140/90 y proteinuria mayor de 300mg/L en 24 horas, acompañados o no de edema.

Se considera como leve si la tensión arterial es mayor de 140/90 y severa cuando la presión arterial es mayor a 160/110 así mismo; se consideraran como signos de severidad: cefalea, fotopsia, acufenos, epigastralgia, hiperreflexia, incremento de la proteinuria, oliguria entre otros. Se presenta comunmente antes de 18 años y despues de los 35, en cuanto a la paridad se ha observado que las primigestas son 6 a 8 veces más susceptibles que las multiparas a padecer enfermedad

INTERNET SOURCES:

<1% - Empty

1% - <http://www.unidadmedicasanjuan-ginecoobs>

2% - <http://salud.edomex.gob.mx/html/proconcl>

Dr. Elena Casas

CERTIFICADO

Guayaquil, 1 de Marzo del 2016.

A quien corresponda

Certifico que la Dra. Loria Tamara Jaramillo Monge, con CI 0704158070, acudió al área de Admisión del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor, a realizar encuestas, entrevistas y recolección de datos de historias clínicas, de embarazadas adolescentes preeclámpticas, para la obtención de una base de datos para realización de un estudio de casos.

Atentamente,


Dra. Mariela Andrade Euvín
GINECO - OBSTETRA
HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR
REG. 0910938976

Dra. Mariela Andrade Euvín
Tratante de Admisión
Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor