



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Título de la investigación:

“Caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial en los centros de salud Manta y Cuba Libre”

Autora:

Shirley Gabriela Chóez Álava

Facultad de enfermería

Agosto, ciudad de Manta – Ecuador

2019



Certificación

En calidad de docente tutora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 60 horas, bajo la modalidad de proyecto de investigación, cuyo tema del proyecto es “**Caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial en los centros de salud Manta– Cuba Libre**”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a la señorita **Choez Alava Shirley Gabriela**, estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2018-2019(1), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, agosto de 2019.

Lo certifico,

Lcda. María Quijje MG

Tutora académica

C.I:



Declaración de autoría

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, los análisis realizados y las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación, me corresponde de manera exclusiva y el patrimonio del mismo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Manta, agosto de 2019

Shirley Gabriela Choez Alva

CI: 135095735-1



**Universidad laica Eloy Alfaro de Manabí
facultad de enfermería**

Certificación del tribunal de revisión y sustentación

Título:

“Caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial en los centros de salud Manta– Cuba Libre”

Trabajo final de titulación

Sometido a consideración del tribunal de seguimiento y evaluación, legalizada por el honorable consejo directivo como requisito previo a la obtención del título de:

Licenciada en enfermería

Aprobada por:

Presidente del tribunal

profesor miembro

profesor miembro

Lcda. Alexandra Hernández de Santos

Lo certifica

Secretaria de la facultad



Dedicatoria

Porque yo sé muy bien los planes que tengo para ustedes —afirma el Señor—, planes de bienestar y no de calamidad, a fin de darles un futuro y una esperanza.

Jeremías 29:11

Un padre es quien guía, protege, sustenta, anima y sobre todo ama, Dios sin duda forma parte de todo esto y dedico cada victoria que me permite disfrutar junto a personas maravillosas que de una u otra manera han aportado para que todo esto hoy sea posible.

A mi madre, Deysi, que siempre depositó su mayor confianza y dedicación, no me permitió desistir de mi sueño jamás, a quien, con su gran ejemplo de superación y esfuerzo, junto a cada valor inculcado ha formado la persona que soy, y ahora se nos permite cumplir este sueño juntas.

A cada uno de mis queridos hermanos Jahaira, Oscar, Luis, Cristhofer, José Antonio y sobrinos que han sido un motor en este camino, quienes, con gestos de cariños y palabras de aliento, sin duda llegaron a marcar mis días.

A mi hermana de corazón, Génesis Flores quien ha sido parte del equilibrio y formación durante estos años, que a más de un abrazo sincero siempre conté con sus consejos y apoyo incondicional.

A Teresa, Karen, Lady, Andrea y María José, amigas leales y verdaderas que la carrera me brindo, y el crear vínculos especiales con cada una de ellas en este proceso de formación ha sido de gran aporte.



Agradecimiento

A Dios que es el proveedor de todo lo que poseo gracias por ser siempre paz en medio de la tormenta y brindarme calma.

Mi profundo agradecimiento a mi familia, amigos y conocidos que siempre estuvieron dispuestos a brindarme apoyo y confiar en mí aun cuando para mí no era posible.

De igual manera, a cada una de las entidades educativas y de salud que me dieron la confianza y apertura para afianzar mis conocimientos a la práctica, a cada docente y profesional que pudo llegar a mí al aportar de sus conocimientos y experiencias como base de mi formación.

Finalmente quiero expresar mi agradecimiento a la Mg. María Quijije, principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.



Índice

Introducción	1
Planteamiento de problema.....	4
Formulación del problema.....	6
Objeto de estudio.....	6
Capítulo I	8
1.Fundamentacion teórica	8
I.1 Embarazo.....	8
I.2 Embarazo adolescente.....	8
I.3 Características sociodemográficas en adolescentes embarazadas.....	9
I.4 Hipertensión arterial	12
I.4.1 Tipos.....	13
I.4.2 Síntomas.....	13
I.4.3 Posterior al parto.....	14
I.4.4 El cuidado de enfermería	14
I.5 Teorizantes de enfermería.....	16
I.5.1 Dorothea Orem- déficit del autocuidado.....	16
I.5.2 Hildegart e. Peplau- relaciones interpersonales.....	17
I.6 Derechos de la adolescente gestante	18
I.7 El plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes del ecuador	20
CAPITULO II.....	22
2. Marco metodológico y análisis de resultados	22
II.1 Tipo de estudio	22
II.1.1 Cualitativo.....	22
II.1.2 Descriptivo	22
II.2 Tipo de diseño.....	22
II.2.1De corte transversal	22
II.3.1 Observación.....	22
II.3.2 Entrevista.....	23
II.3.3 Encuesta.....	23
II.4.1 Población.....	23
II.4.2 Muestra.....	23
II.4.3 Criterios de inclusión.....	23



II.4.4 Criterio de exclusión	23
II.5 Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados	24
Tabla 1	24
Tabla 2	25
Tabla 3	26
Tabla 4	27
Tabla 5	28
tabla 6	29
Tabla 7	30
Tabla 8	31
Tabla 9	32
Tabla 10	33
Capitulo III	34
III.1 Nombre del taller	34
III.2 Introducción	34
III.3 Justificación	34
III.4 Objetivos	35
III.5 Recursos humanos	35
III.6 Recursos financieros	35
III.7 Descripción del taller educativo para embarazadas adolescentes con riesgo de hipertensión arterial	35
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencia Bibliográfica	52
Anexos	55



Resumen

La caracterización sociodemográfica de una población es una herramienta de importancia actualmente que brinda un sin número de beneficios, asociado a este estudio permitió establecer estrategias para la prevención de hipertensión arterial en las adolescentes embarazadas desde el autocuidado; dado a la consideración del autocuidado como un factor importante en la tendencia a desarrollar enfermedades. Por tal razón el objetivo de estudio fue determinar las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas con la finalidad elaborar un plan de capacitación para mejora del autocuidado y conocimiento de factores de riesgo partiendo de una caracterización sociodemográfica a adolescentes embarazadas, se aplicó un diseño metodológico mixto cualitativo-descriptivo, donde se escogió a las adolescentes de los clubes de embarazadas que se encontraban dentro de las 20 semanas de gestación, aplicando como instrumento la encuesta a 45 adolescente embarazada. De acuerdo a los datos obtenidos se pudo observar que existió un alto índice en los embarazos adolescentes, en su mayoría con escolaridad incompleta permitiendo tener un déficit de conocimiento. Por lo antes expuesto, se recomendó la implementación de un plan de capacitación con estrategias educativas del personal sanitario hacia las embarazadas, para reforzar las actividades de autocuidado, concientizar sobre los mismos y a su vez reconocer los factores sociodemográficos de riesgo a fin de prevenir y reducir la hipertensión arterial en las adolescentes embarazadas.

Palabras claves: características sociodemográficas, factores de riesgo, adolescentes embarazadas, hipertensión arterial.



Introducción

El embarazo es una entidad fisiológica en la etapa reproductiva de la mujer; sin embargo, trae consigo riesgos como lo son, la enfermedad hipertensiva del embarazo, que puede conducir a la muerte o incluso a la discapacidad y en gran medida representan una de las principales causas de morbilidad.

Los riesgos obstétricos asociados al embarazo en las gestantes adolescentes, tales como la hipertensión, anemia, peso bajo al nacer, parto pre término, establecen mayor morbimortalidad materna y aumento estimado en dos a tres veces de la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de madres con edad entre 20 y 29 años. En las adolescentes, el mayor riesgo observado no parece concernir a las condiciones fisiológicas, sino más bien a las variables sociodemográficas y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

Son diversos los factores que podrían explicar el embarazo en la adolescencia pero en general es el resultado de la ausencia del poder de decisión y de circunstancias que están fuera del control de la adolescente, como ser la pobreza, la falta de educación, la falta de educación sexual integral, falta de servicios de salud adecuados para los jóvenes, falta de métodos anticonceptivos económicos y accesibles, o una combinación de estos factores, agregando a estos factores las presiones de compañeros, padres, familias y entorno, a la vez es el resultado de la violencia y la coacción sexual. Las adolescentes que tienen poca autonomía, particularmente, las que son forzadas al matrimonio, tienen poco poder de decisión sobre si quieren quedar embarazadas. (Laguardia S, Martínez M, Bahamondes L 2010)

Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en



los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe.

Por otra parte, se destaca la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y obstétricos sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos, entre otros (Pinedo A, Távora L, Chumbe O, Parra J, 2016)

Diariamente mueren 1.500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536.000 muertes maternas en todo el mundo, la mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado (OMS, 2008).

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes, la tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta, así mismo es el segundo país con mayores embarazos adolescentes en el continente, después de Venezuela, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) determina el aumento de embarazo adolescente es el inicio temprano de las relaciones sexuales, ya que en Ecuador el 40% de jóvenes tiene una vida sexual activa entre los 15 y los 19 años y el 7% tiene una vida sexual activa antes de los 15 años.

Por otra parte, en las cifras de morbilidad en mujeres ecuatorianas los trastornos hipertensivos durante el embarazo ocupan el tercer puesto precedidos por la hemorragia y el aborto (INEC, 2014)

Dado esto y teniendo en cuenta que una de las poblaciones etarias más afectadas de esta problemática tiene lugar durante la adolescencia el Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%.



En cuanto a la región costa es que presenta con más índice de embarazos adolescentes en Ecuador. Según las cifras del último censo de población del Inec, del 2010, en el país hubo 2609 niñas de entre 12 y 14 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo. En la provincia del Guayas se registró el mayor número (653 casos). Le siguió Manabí (300), Los Ríos (240) y Pichincha (218). "Lo más alarmante es que de ese número, 289 ya tuvieron dos hijos. Y actualmente hay en el país 120 000 madres adolescentes de 15 a 19 años, de las cuales 800 ya tuvieron el tercer hijo" (Rodríguez., 2013).

Cabe recalcar que hay condiciones propias de cada embarazo, así factores como el socio económico, social, cultural y de acceso sanitario, van a definir la evolución de la patología (Mol, y otros, 2016).

La atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud, comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecerles una adecuada atención prenatal en donde la enfermera instruya a esta población sobre los riesgos durante el embarazo y como detectarlos a tiempo para poder prevenir sus complicaciones. A más de esto el monitoreo constante a domicilio sobre prácticas de autocuidado resulta beneficioso hacia esta población, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de atención.

Para esto La importancia de las relaciones interpersonales entre enfermero- paciente debe tener un nivel muy alto; donde la adolescente embarazada brinde confianza y accesibilidad al enfermero, y así obtener resultados óptimos.

La finalidad de este estudio es que una vez identificadas las características sociodemográficas, identificar cuáles son los factores que se asocian a la hipertensión arterial para luego elaborar un taller educativo donde se espera que la unidad de salud aplique e imparta a las adolescentes embarazadas los conocimientos y prácticas de autocuidado; y así de esa manera mejorar su calidad de vida.



Planteamiento de problema

El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial y claramente se observa que la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos cambios fisiológicos, psicológicos, anatómicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas.

Según el informe del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo.

Mientras tanto los trastornos hipertensivos del embarazo aún siguen siendo responsables de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal. (Haematol BPRC 2018)

La hipertensión arterial gestacional, suele afectar hasta a un 25% de las embarazos y es uno de los trastornos responsables de unas 50.000 muertes al año en el mundo, amenazando la vida del futuro bebé y de la madre. Por esta razón continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo.

De otro modo la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) investigó el comportamiento reproductivo de las adolescentes de 15 a 19 años de edad. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan principalmente en parejas que no han iniciado una vida en común con las evidentes consecuencias sociales, económicas y de salud que ello deriva viéndose como resultado en el año 2014-2015 que el 10.6% de ellas ya eran madres y el 2.9% se encontraban gestando por primera vez.

Los diferentes estudios; muestra que los factores de riesgos tienen un alto valor significativo para la aparición de la hipertensión arterial antes, durante el embarazo, parto o puerperio. Por tal motivo es importantes determinar las características sociodemográficas en la gestante adolescente con la finalidad



de poder intervenir con acciones preventivas y de esta manera disminuir el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones. (Serna K. 2018)

Existen factores predisponentes como son: Nuliparidad, Historia familiar, edad menor de 20 años y mayor de 35 a 40, Embarazo múltiple, hipertensión arterial (HTA) crónica, pre eclampsia previa y daño renal crónico. (Caballero, Vila, Ramos y Garcia, 2011).

La identificación de los factores de riesgo, el conocimiento de la fisiopatología y de las formas atípicas contribuyen a la disminución de la evolución hacia formas graves, muertes maternas y perinatales. En Ecuador el ministerio de salud pública colabora con las instituciones de salud con sus guías prácticas que indican como se debe manejar ciertas patologías y entre ellas tenemos la guía práctica clínica trastornos hipertensivos en el embarazo.

Las mujeres embarazadas muestran un nivel de conocimientos insuficiente sobre estos factores, el mismo que depende del nivel de escolaridad alcanzado, tomando en cuenta la relación con el interés de poder acceder a la atención como a la prevención.

Proporcionar una atención durante el embarazo es una recomendación incluida en diversas Guías de Práctica Clínica, el papel de enfermería, está orientado hacia la educación, fortalecimiento del autocuidado, así como proporcionar asistencia y evaluar los resultados, sin embargo, no existe en su totalidad la intervención por parte del personal consecuente a esto las adolescentes no mantienen un autocuidado debido en su embarazo.

Por otro lado, el propósito de reducir el riesgo de hipertensión arterial basado prácticas de autocuidado, es necesario tomar medidas prevenibles llevando a cabo una buena calidad de vida y de esa manera evitar complicaciones.



Situación problemática

Alto valor significativo de la influencia de los factores de riesgos para la aparición de la hipertensión arterial.

Desconocimiento de las embarazadas sobre factores sociodemográficos vinculados a hipertensión arterial.

Falta de interés de las embarazadas adolescentes acerca de cómo prevenir hipertensión arterial.

Déficit de actividades del personal de salud para concientizar a las embarazadas adolescentes sobre la importancia del autocuidado para prevenir la hipertensión arterial.

Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos que conllevan a las adolescentes embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre a padecer riesgo de hipertensión arterial?

Objeto de estudio

Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial.

Objetivo general

- Determinar las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial en los centros de salud Manta y Cuba Libre.



Preguntas científicas

- ¿Existen sustentos teóricos de las características sociodemográficas que influyen en la aparición de la hipertensión arterial en las embarazadas adolescentes?
- ¿Cuáles son factores sociodemográficos que inciden en el embarazo adolescente?
- ¿En los centros de salud manta y cuba libre existen planes educativos enfocados en las necesidades actuales de las embarazadas adolescentes en riesgo?

Objetivos específicos

- Respaldo bajo sustento teórico de las características sociodemográficas que influyen en la aparición de la hipertensión arterial.
- Identificar los factores sociodemográficos que inciden en el embarazo adolescente.
- Elaborar un taller educativo enfocado en las necesidades actuales de la población adolescente en riesgo.

Campo de acción

Plan educativo con el fin de elevar el nivel de conocimiento para las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial.

Tareas científicas

- Búsqueda bibliográfica intensiva sobre las características sociodemográficas que influyen en la aparición de la hipertensión arterial.
- Aplicar la encuesta para conocer cuáles son los factores sociodemográficos que inciden en el embarazo adolescente.
- Analizar las necesidades actuales para la elaboración de un taller educativo.



Capítulo I

1. Fundamentación teórica

I.1 Embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

I.2 Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es aquel que se produce cuando una mujer se encuentra en su etapa de pubertad (entre los 10 y los 19 años, según la Organización Mundial de la Salud).

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

Según datos y cifras

Unos 16 millones de jóvenes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.

Cada año, unos 3 millones de jóvenes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. (OMS, febrero 2018)



Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Aún existen muchachas que no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

1.3 Características sociodemográficas en adolescentes embarazadas

Los Factores sociodemográficos son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión.

El embarazo adolescente es un tópico de interés en una buena parte de los países del mundo. Ello se explica tanto por la gran incidencia que tiene en numerosas regiones como por sus implicaciones sociales, familiares y personales.

Se define como características sociodemográficas a el conjunto de características biológicas socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta al estudio.

Se han identificado diversos factores predisponentes para el embarazo en la adolescente, tales como: inicio temprano de las relaciones sexuales, desintegración familiar, libertad sexual, prostitución, violación, incesto, falta de conocimiento de métodos anticonceptivos y violencia en el noviazgo, entre otros. A esto se le suman factores de riesgo en el estilo de vida, como: fumar,



el consumo de alcohol, abuso de drogas y alimentación deficiente; todo esto puede poner a la madre en riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual relacionadas con la promiscuidad, debido, en gran medida la falta de educación en estas áreas, mientras que a su hijo lo pone en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia.

El riesgo de padecer hipertensión gestacional aumenta si ya se tuvo en un embarazo anterior, si la gestación es múltiple (gemelos o trillizos), si hay antecedentes de aborto, y si la mujer es adolescente como está enfocado este estudio.

Factores asociados a la hipertensión arterial

Edades extremas. - la edad se convierte en un factor de riesgo para la hipertensión y con esto preeclampsia-eclampsia cuando se presenta el embarazo en sus extremos de riesgo, la adolescencia y la edad materna avanzada.

Deserción escolar. - con relación a consecuencia del embarazo, se distingue como uno de los supuestos más planteados en los trabajos que abordan la temática de los problemas de la adolescencia, mientras otras investigaciones más recientes dirigidas al estudio de la referida relación sugieren que el abandono de los estudios puede anteceder en numerosos casos al embarazo (pick de Weiss, Atkin y Ehrenfeld, 1996).

Nivel socioeconómico. - es otro de los males sociales a los que se vincula el embarazo adolescente, cuando se considera en algunas sociedades que este es una de las causas fundamentales de aquella, que es cuestionado tajantemente por investigadores como Kristin Luker (1996), quien ve en tal aserto una manipulación política de la problemática del embarazo adolescente.

La etiología tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.



Controles prenatales. - con la recomendación de aumentar el número de contactos de la embarazada con los profesionales sanitarios, la OMS busca mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal en todas las poblaciones, incluidas las adolescentes y las mujeres que se encuentran en áreas de acceso difícil o en situaciones de conflicto.

Paridad. - el antecedente de un embarazo previo complicado con preeclampsia es el principal factor asociado. *Lisa M Bodnar* y otros (2016)

Antecedentes familiares. - las gestantes con antecedentes familiares de estos trastornos, tienen un riesgo 8,9 veces de desarrollar hipertensión arterial, que aquellas que no la presentan, aunque se conoce que la contribución genética de ambos progenitores es importante para el desarrollo de esta afección. (*Zhao W* y otros 2017)

Antecedente personal. - Entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron una PE durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. (*Torales* y otros 2016)

Obesidad. - es un factor de riesgo importante en el desarrollo de estos trastornos, y concuerdan con varios investigadores como *Akihide Ohkuchi* y otros (2016), que obtuvieron un *odds ratio (OR)* de 5,6 para la preeclampsia y 4,0 para la hipertensión gestacional. Las mujeres obesas ($IMC > 29 \text{ kg/m}^2$), comparadas con las mujeres consideradas como de peso bajo ($IMC < 19,8 \text{ kg/m}^2$) tienen mayor riesgo de THG.

Aborto: interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

Gestación múltiple. - en gemelares, la presión arterial aumenta más rápido desde las 30 semanas y, en la preeclampsia, la presión arterial es más alta desde temprano en el embarazo y aumenta más rápido posteriormente, lo que significa un continuum del riesgo.

Estrés. - varios estudios evidencian que el aumento de los niveles de las hormonas asociadas con el estrés puede afectar tanto la TA de la madre, como el crecimiento y el desarrollo del feto.



De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente en la literatura se describen:

Anemia: síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.

Infecciones urinarias: es una infección que se produce en cualquier parte del aparato urinario: los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. La mayoría de las infecciones ocurren en las vías urinarias inferiores (la vejiga y la uretra).

Bacteriuria asintomática: es un trastorno en el que las bacterias están presentes en la orina en cantidades superiores a las normales, pero no se producen síntomas.

Preeclampsia: es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta.

Eclampsia: enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones.

Escasa ganancia de peso: Cuando se ingiere menor cantidad de alimento de la que el cuerpo necesita, se produce una disminución de peso.

Malnutrición materna: se entiende como las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes en la gestación.

Parto prematuro: es el que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto estimada. En otras palabras, un parto prematuro es el que ocurre antes de la semana 37 de embarazo.

I.4 Hipertensión arterial

La presión arterial es la presión de los vasos sanguíneos del cuerpo. Es la fuerza con la que la sangre se mueve por los vasos sanguíneos. Para medir la presión arterial, los médicos y los enfermeros colocan un manguito alrededor de la parte superior del brazo. Luego escuchan el flujo de sangre con un estetoscopio. La presión arterial alta (que también se llama hipertensión) se



produce cuando la sangre se desplaza a través de los vasos sanguíneos a una presión más alta que lo normal.

I.4.1 Tipos

Hipertensión crónica: es la presión arterial alta que se desarrolla antes de la semana número 20 de embarazo o que está presente antes de que la mujer quede embarazada. A veces, una mujer tiene presión arterial alta durante mucho tiempo antes de quedar embarazada, pero no se entera hasta su primer chequeo prenatal.

Hipertensión gestacional: algunas mujeres simplemente tienen presión arterial alta cerca del final del embarazo. No tienen ningún otro síntoma asociado.

Hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia: esta afección puede provocar problemas graves tanto para la madre como para el bebé si no se trata. Se desarrolla después de la semana número 20 del embarazo. Junto con la presión arterial alta, provoca la presencia de proteínas en la orina, cambios en la sangre y otros problemas.

Esta puede impedir que la placenta (que suministra oxígeno y alimentos a su bebé) reciba suficiente cantidad de sangre. Si la placenta no recibe suficiente cantidad de sangre, su bebé recibe menos oxígeno y alimentos. Esto puede provocar peso bajo al nacer y otros problemas en el bebé.

La mayoría de las mujeres que tienen preeclampsia aun así dan a luz a bebés sanos. Unas pocas desarrollan una afección que se llama eclampsia (con convulsiones), que es muy grave para la madre y el bebé. Afortunadamente, por lo general, la preeclampsia se detecta en forma temprana en las mujeres que reciben atención prenatal periódica, y pueden prevenirse la mayoría de los problemas.

I.4.2 Síntomas

- Dolores de cabeza intensos.
- Hinchazón excesiva de los pies y de las manos.
- Menor cantidad de orina o falta de orina.



- Latidos cardíacos rápidos.
- Mareos.
- Náuseas excesivas.
- Pitido o zumbido en los oídos
- Vómitos excesivos.
- Somnolencia.
- Fiebre.
- Visión doble.
- Visión borrosa.

I.4.3 Posterior al parto

Hipertensión crónica: es probable que la presión arterial siga siendo alta después del parto. Se deberá seguir tomando medicamentos para la presión arterial alta, estar atenta a la dieta y hacer ejercicio.

Hipertensión gestacional: la presión arterial volverá a los valores normales pocas semanas después del parto, pero existen más probabilidades de desarrollar presión arterial alta crónica en el futuro.

Preeclampsia: la presión arterial volverá a los valores normales pocas semanas después del parto.

I.4.4 El cuidado de enfermería

El cuidado de enfermería en la atención prenatal intenta ser más que la aplicación de la guía de detección temprana de las alteraciones del embarazo y se concibe como “la interacción que se ejerce entre la enfermera, la gestante, su hijo por nacer y la familia y, donde se comparten conocimientos, experiencias, habilidades y precepciones acerca del cuidado, generando compromisos para mantener la salud y calidad de vida”. Con ello se busca establecer una relación de confianza que la enfermera debe construir a partir de sus habilidades de cuidado para que la gestante exprese sus necesidades reales, algo de vital importancia para el caso de la población de este estudio, como son las adolescentes gestantes.



Investigaciones desarrolladas sobre las experiencias de las mujeres en la atención prenatal recomiendan tener en cuenta el apoyo social en el cuidado que se brinda durante la atención prenatal a estas gestantes, por ser este un factor de vulnerabilidad; así como ofrecer un trato cálido, tiempo necesario de dedicación y demás elementos que permitan establecer una relación significativa entre la gestante y el proveedor de cuidado, lo cual también aporta a la calidad de la atención prenatal percibida.

Por lo tanto, el cuidado de enfermería con las adolescentes gestantes debe considerar las características propias de su edad y propiciar su individualidad (esto es, tratarlo según sus necesidades particulares que, aun cuando pueden ser comunes, cada una las enfrenta de diferente manera; eso hace parte de su individualidad y hace el cuidado de enfermería más personalizado). Además, debe valorarse constantemente el cuidado recibido por ellas mismas y realizar los ajustes pertinentes al quehacer de enfermería.

Acciones de enfermería intramural y extramural

- ✓ **Control y registro Signos Vitales.** - un correcto control de los constantes vitales, en especial la presión arterial, permite si en caso de presentar signos de alarman se debe tomar de nuevo mínimo cada 30 minutos hasta llegar a estabilizarlos.
- ✓ **Valorar las extremidades.** – esto permite detectar presencia de edema (signo de Godet). “El edema es extracelular y es la primera manifestación del síndrome; el daño endotelial aumenta la permeabilidad vascular, se evidencia por la fóvea especialmente en extremidades superiores e inferiores cuando la paciente es ambulatoria y en la región sacra, si está acostada”. (Altamirano, 2008)
- ✓ **Revisión de carné.** - por medio de este se lleva un monitoreo del desarrollo del embarazo, mediante datos registrados con veracidad por parte del personal de salud.
- ✓ **Educación:** a todas las pacientes debe comunicárseles de una manera clara y comprensible, los síntomas y signos de alarma de la preeclampsia, para promover la auto referencia inmediata y prevenir complicaciones.



La enfermera debe generar una relación de confianza y estimular la participación de la familia, como red social de apoyo.

- ✓ **Revisión de Exámenes.** - en ciertos casos la enfermera en domicilio puede revisar resultados de exámenes para monitorear si dichos resultados (normales o alterados) se mantengan o disminuyan permitiendo obtener una mejor evaluación de enfermería.
- ✓ **Apoyo emocional.** - el apoyo emocional se da a través de una aproximación cariñosa a la gestante con palabras que incentivan y que la elogien.
- ✓ **Monitoreo de actividades programadas en cada cita a través de ficha de seguimiento.** - es importante hacer seguimiento a las gestantes de acuerdo a las actividades programadas con el fin de saber si están o no aplicando las prácticas de autocuidado.

I.5 Teorizantes de enfermería

I.5.1 Dorothea Orem- déficit del autocuidado

Según la Teoría General de Enfermería del Déficit del Autocuidado fue desarrollada por la Dra. Dorothea Orem desde 1958 por un interés especial en el trabajo de enfermería. Esta teoría describe y explica la relación entre las capacidades, acciones y demandas de autocuidado de un individuo. También considera que la enfermería es una respuesta para el cuidado cuando existe déficit de autocuidado en los grupos humanos (Orem, 1995).

Los requisitos de autocuidado de desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos universales que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, por ejemplo, la prematurez, el embarazo, la adolescencia y son de dos tipos a) aquellos que articulan cada uno de los requisitos universales y ayudan a enfatizar el impacto de los procesos de desarrollo en cada uno de los requisitos universales de autocuidado. Por ejemplo, una condición normal de desarrollo tal como el embarazo, incrementa el requisito de alimentación; b) aquellos requisitos que ocurren debido a un evento de la vida, tal como la privación educativa de largo



plazo, o un evento más episódico, como la pérdida de un cónyuge u otra persona significativa (Orem, 1995).

Durante el embarazo la mujer experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y en ciertas ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las embarazadas deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma

Las prácticas de autocuidado estarían definidas por cambios físicos, psicológicos, y sociales, por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos a causa de los cambios experimentados durante estos períodos.

Al considerar que, la adolescente está en fase de desarrollo y crecimiento, es necesario reconocer que el proceso de embarazo y parto implica desventajas biológicas y riesgos para la salud de la madre y el niño, siendo mayor si la edad materna es menor de 15 años. Entre las complicaciones prenatales más frecuentes se identifican la anemia, hipertensión inducida por el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Cabe mencionar que los requisitos de autocuidado del desarrollo identificados en este trabajo no constituyen una lista exhaustiva, sino más bien una aproximación, que facilite el abordaje del proceso de enfermería de particular utilidad para la formación académica de los estudiantes en los distintos niveles de la disciplina.

I.5.2 Hildegart e. Peplau- relaciones interpersonales

Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar



respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.

Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.

Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.

Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.

Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera.

De modo que la teoría de Peplau enfatiza en la relación enfermera-paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. Se basa en la enfermería psicodinámica, a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que permitirá reconocer e identificar problemas y poder actuar de la manera más efectiva, mediante la apertura que brinda la adolescente en favor a la relación con el personal, y de esta manera desde el primer nivel poder actuar con prevención y educación a la adolescente gestante como a su entorno.

I.6 Derechos de la adolescente gestante

Ley orgánica de salud

De la salud sexual y la salud reproductiva



Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones.

Todas las personas estamos sujetas a derechos y obligaciones consagrados tanto en los Convenios y Normas Internacionales, ratificados en la Constitución de la República del Ecuador, en Códigos y Leyes Especiales. En el caso de las/los adolescentes, los derechos están enfocados a consagrar y garantizar los principios rectores de un desarrollo pleno y armonioso, en medio de una convivencia familiar y social, precautelando las situaciones de riesgo y las medidas que pueden adoptarse para protegerlos y superar estos riesgos. Se fundamentan de igual manera en los derechos de la familia, la madre gestante y el niño/ña y los/as adolescentes. (Art. 47 C.P.)



I.7 El plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes del Ecuador

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA), que es parte de las políticas públicas implementadas por el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia del Ecuador y que fue concebido como una política pública especial de este organismo.

El Plan tiene cuatro objetivos específicos que son:

- Implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.

- Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de los y las adolescentes.

- Implementar y fortalecer los servicios de atención integral, con énfasis en SSR [Salud Sexual y Reproductiva] y prevención del embarazo en adolescentes.

- Garantizar la participación de las/los adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y local. Desde el inicio, el texto del plan intenta situar el embarazo adolescente en el contexto del Área Andina. Caracteriza que en los países andinos viven alrededor de 28 millones de

Adolescentes entre 10 y 19 años, y que de los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, 1.5 millones ya son madres o están embarazadas. Se indica que la probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

Efectos del embarazo adolescente en las personas jóvenes: Efectos adversos para la salud de la madre y el/a hijo/a, dificultades para hacerse cargo



de una familia, dificultades y falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, el rechazo o la pérdida de redes sociales, la falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, la transmisión intergeneracional de la pobreza, aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar ciertas metas en el desarrollo social e individual, entre otras (PNPEA, 2007:1).

La noción además introduce una caracterización inicial acerca de una “maternidad adolescente”, que describe a la adolescente embarazada como una joven pobre, que aún más, tiene dificultades para alcanzar “ciertas metas” en el desarrollo social e individual. El punto de partida es considerar el embarazo en adolescentes como un problema social, pues cuando una adolescente se embaraza, toda la sociedad debe movilizarse; e individual, 20 porque afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar su meta personal (PNPEA, 2007:10).

En el apartado correspondiente a la descripción del embarazo adolescente en el Ecuador, y desde una entrada etérea, el Plan describe: Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador,

Mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas (PNEA, 2007:4). Desde la perspectiva ya no de madre adolescente sino de maternidad adolescente -la gran ausente- el Plan indica que: “madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes”, y que existen “impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de los niños y niñas de hogares pobres”. Es decir,



describe una maternidad adolescente ligada a la pobreza y la precarización, pero también relata una imagen algo estática y universal. Postulo que la noción de madre adolescente ligada al control de la sexualidad adolescente hace ausente y sustituye la noción de maternidad en la política pública, y que esta producción parcializada invisibiliza a las adolescentes en sus posibilidades de disputa y negociación.

CAPITULO II

2. Marco metodológico y análisis de resultados

II.1 Tipo de estudio

II.1.1 Cualitativo

Presenta enfoque cualitativo porque permite la recolección y clasificación de datos mediante métodos y técnicas con el fin de identificar las características sociodemográficas y los factores de riesgo que comprometen a las adolescentes embarazadas a padecer de hipertensión arterial.

II.1.2 Descriptivo

Permitió realizar la indagación de la caracterización de factores sociodemográficos mediante datos estadísticos que implican a factores de riesgo de las adolescentes embarazadas.

II.2 Tipo de diseño

II.2.1 De corte transversal

Este tipo de estudio toma una muestra instantánea de una población en un momento determinado, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de una población. En la investigación a la población de adolescentes embarazadas se tomaron los datos en tiempo específico y una sola aplicación de encuesta para recoger información sobre la caracterización sociodemográfica de los factores de riesgo de hipertensión arterial.

II.3 Técnicas de investigación

II.3.1 Observación

Es una técnica que se implementa donde la enfermera de manera directa o indirecta se cerciora de actos y conductas de las adolescentes embarazadas.



II.3.2 Entrevista

Instrumento que va a permitir durante la investigación desarrollar la relación interpersonal y mejor recolección de datos.

II.3.3 Encuesta

El instrumento de recolección de datos que permite un primer acercamiento sobre los criterios del público muestral en relación con el tema investigado, por medio de preguntas directas y cerradas.

II.4 Determinación de la Población y Muestra

II.4.1 Población

CLUB DE ADOLESCENTES	EMBARAZADAS ADOLESCENTES
CUBA LIBRE	25
MANTA	30
TOTAL	55

II.4.2 Muestra

CENTROS DE SALUD	EMBARAZADAS ADOLESCENTES
CUBA LIBRE	18
MANTA	27
TOTAL	45

II.4.3 Criterios de inclusión

- Embarazadas que acepten participar en el estudio.
- Embarazadas adolescentes que tengan menos de 20 SG.
- Embarazadas adolescentes que no presenten hipertensión arterial.
- Embarazadas adolescentes que asisten periódicamente a las reuniones del club.

II.4.4 Criterio de exclusión

- Embarazadas que no acepten participar en el estudio.
- Embarazadas adolescentes que tengan más de 20 SG.
- Embarazadas adolescentes que presenten hipertensión arterial.
- Embarazadas adolescentes que no asisten periódicamente a las reuniones del club.

II.5 Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados

Tabla 1

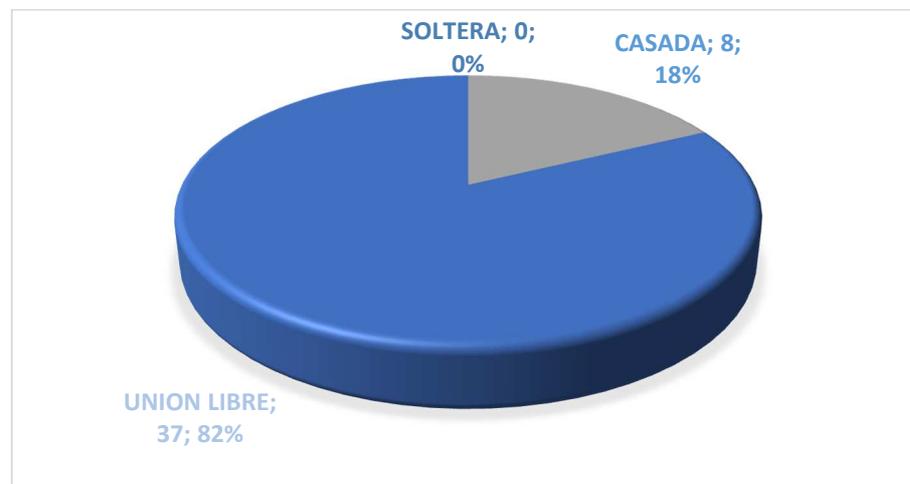
¿Cuál es su estado civil?

ESTADO CIVIL	ADOLESCENTES	PORCENTAJE
Soltera	0	0%
Casada	8	18%
Unión libre	37	82%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 1



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que el 82% de las adolescentes embarazadas están en unión libre, mientras que 18% de ellas contrajo matrimonio; lo que denota que en la actualidad este grupo poblacional opta por no adquirir compromiso más formal.

Tabla 2

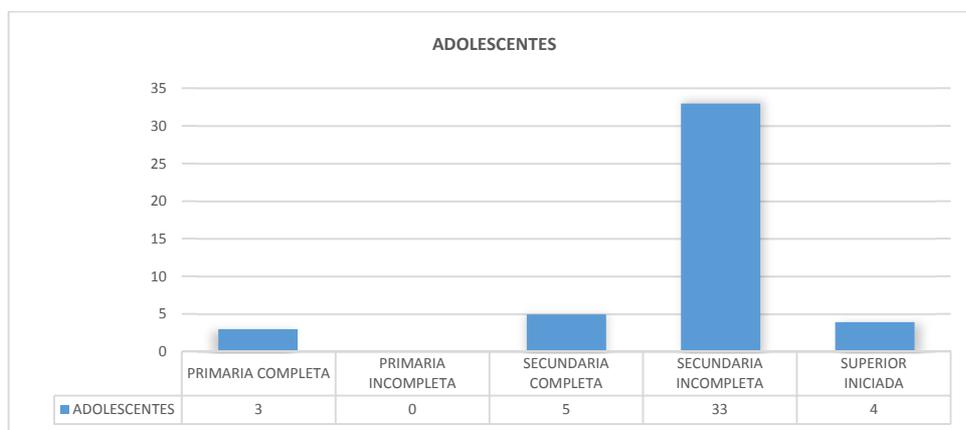
¿Cuál es su escolaridad actual?

ESCOLARIDAD	ADOLESCENTES	PORCENTAJE
Primaria completa	3	7%
Primaria incompleta	0	0%
Secundaria completa	5	11%
Secundaria incompleta	33	73%
Superior iniciada	4	9%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 2



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que existe un mayor índice en las adolescentes con secundaria incompleta, representando un 73%, mientras que hay un bajo índice en quienes tienen solo primaria completa representando el 3%.

Resulta preocupante que esta población aun en su mayoría no culmine la secundaria siendo esto un factor de riesgo y por ende no estaría en el conocimiento absoluto que conlleva la responsabilidad y cuidado de un embarazo.

Tabla 3

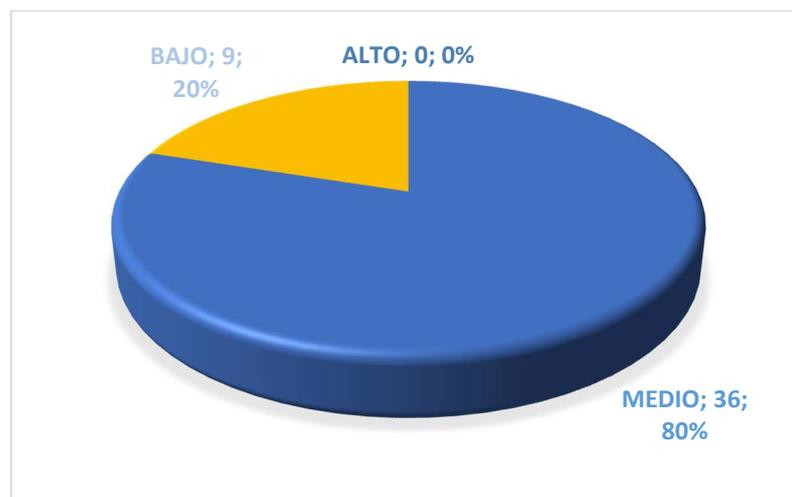
¿Cuál es su nivel socioeconómico?

NIVEL SOCIOECONOMICO	ADOLESCENTES	PORCENTAJE
Alto	0	0%
Medio	36	80%
bajo	9	20%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 3



Se puede observar que la estabilidad socioeconómica de las adolescentes embarazadas en su mayoría se encuentra en un nivel medio representado por un 80% sin embargo existe un 20% en un nivel económico bajo. Este último interviniendo como uno de los factores de riesgo el cual no se sustente de la manera adecuada las necesidades del desarrollo del embarazo en la adolescente.

Tabla 4

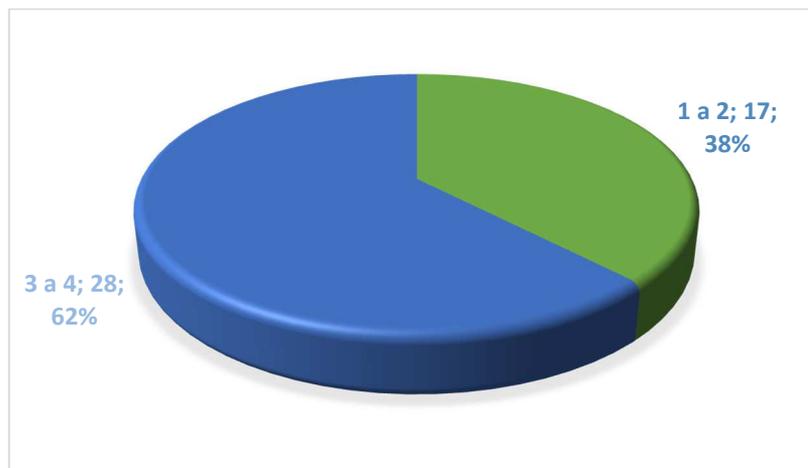
¿Cuántos controles médicos se ha realizado hasta la actualidad?

CONTROLES	ADOLESCENTES	PORCENTAJE
1 a 2	17	38%
3 a 4	28	62%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 4



Se observa que en su mayoría las adolescentes llevan un buen control en las citas médicas representando el 62% y por otra parte se encuentra el 38% iniciando recientemente sus controles médicos cuando deberían ser un grupo unificado, esto debido a motivos como embarazos más recientes, pero así mismo existe aún la dificultad de acceder a citas médicas y por otra parte la poca responsabilidad de estas adolescentes de asistir a los controles



Tabla 5

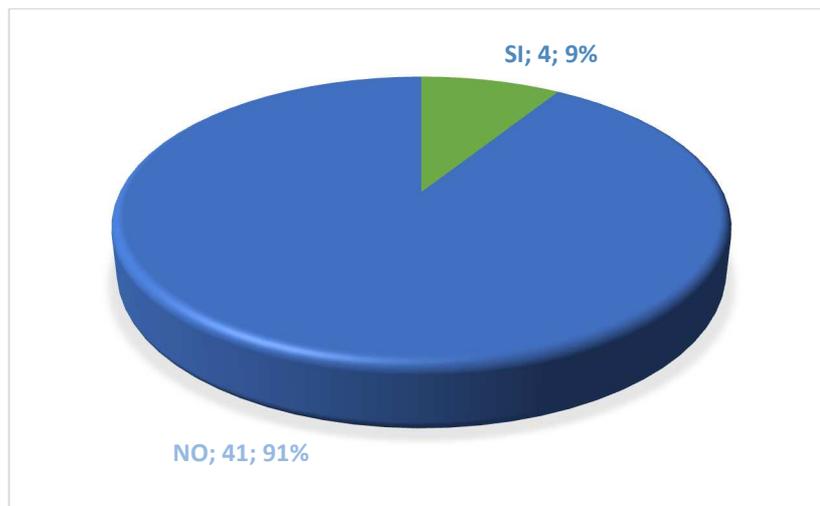
¿En su hogar hay desintegración familiar?

DESINTEGRACION FAMILIAR	ADOLESCENTE	PORCENTAJE
Si	4	9%
no	41	91%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 5



Se observó que en 91% no existe desintegración familiar en las adolescentes embarazadas, sin embargo, hay un 9% que, si han tenido la experiencia, siendo esto preocupante en la influencia para el estado emocional de la gestante.



tabla 6

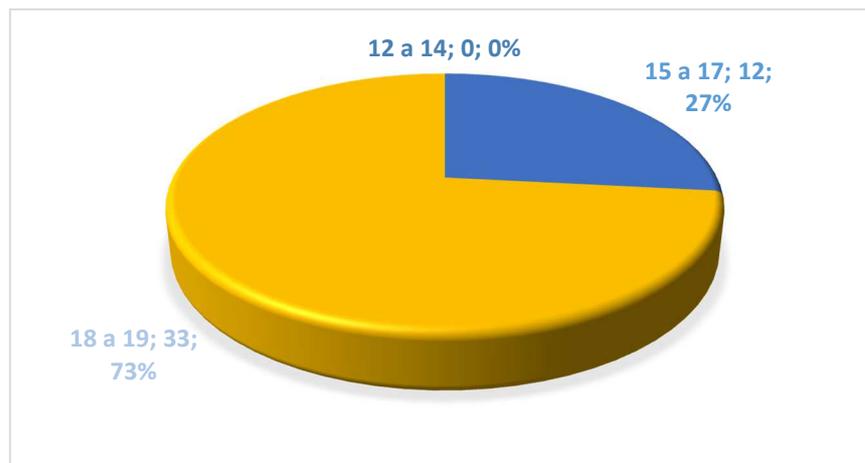
¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer embarazo?

EDAD	ADOLESCENTES	PORCENTAJE
12 a 14	0	0%
15 a 17	12	27%
18 a 19	33	73%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 6



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que hay un alto índice de quienes han tenido su primer embarazo entre la edad de 18 a 19 el cual está representado por el 73%, y en una minoría, pero de gran importancia existe el 27% de adolescentes que entre la edad de 15 a 17 años tuvieron su primer embarazo. Según investigaciones este último grupo está en mucho más riesgo de adquirir algún trastorno y complicación durante su embarazo.

Tabla 7

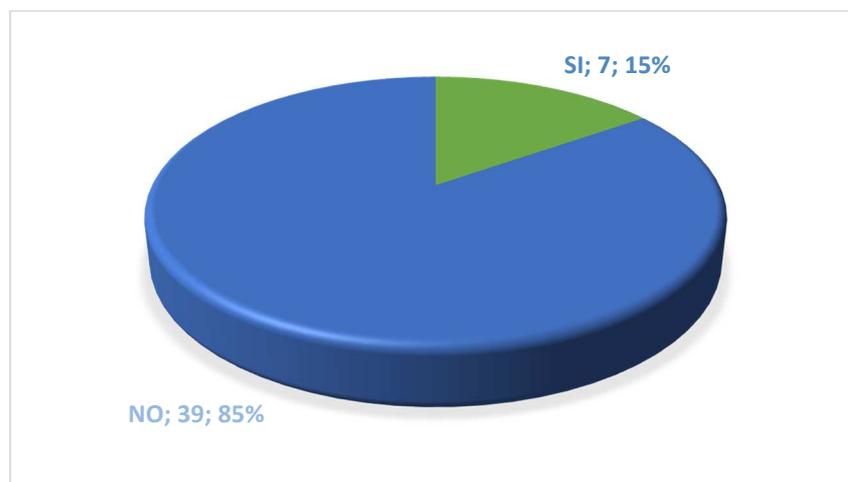
¿Ha tenido obesidad en alguna etapa de su vida?

OBESIDAD	ADOLESCENTE	PORCENTAJE
si	4	15%
no	41	85%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 7



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que hay un 85% de adolescentes que han manejado su embarazo con el peso requerido, sin embargo, hay un índice de 15% con sobrepeso, tienen el conocimiento de que alimentos necesarios consumir, pero no siempre suelen tener una alimentación equilibrada y nutritiva y en ciertos casos algunas de ellas suelen llegar a bajo peso.



Tabla 8

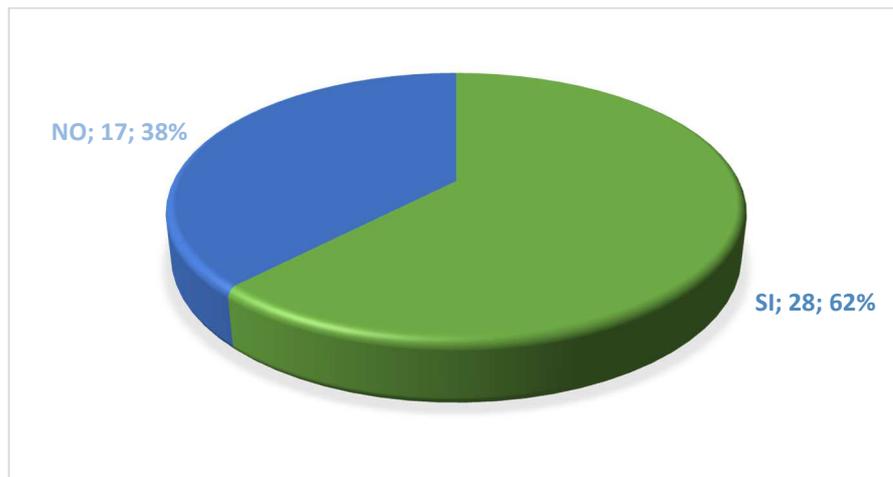
¿Ha tenido familiares con embarazo adolescentes?

FAMILIAR EMBARAZADA ADOLESCENTE	ADOLESCENTE	PORCENTAJE
Si	28	62%
No	17	38%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 8



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que en un 62% han tenido un familiar con embarazo adolescente, y en un 38% no ha tenido, esto refleja que entorno en que le rodea puede implicar cierta presión social y hasta familiar para la adolescente.

Tabla 9

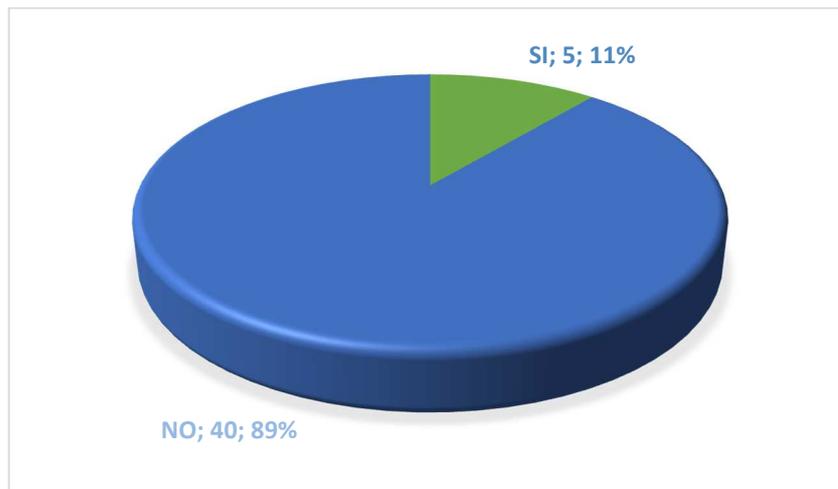
¿Tiene algún familiar que consume alcohol o droga?

CONSUMO DE ALCOHOL O DROGA	ADOLESCENTE	PORCENTAJE
Si	5	11%
No	40	89%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafio 9



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que manifestaron en un 89% que no tienen familiar que consuman alcohol o droga, mientras que por otra parte un 11% tienen en sus hogares esta experiencia. Resulta preocupante ya que estos hábitos influyen en la conducta de la persona y su entorno y por ende en la embarazada afectando su bienestar físico y emocional.



Tabla 10

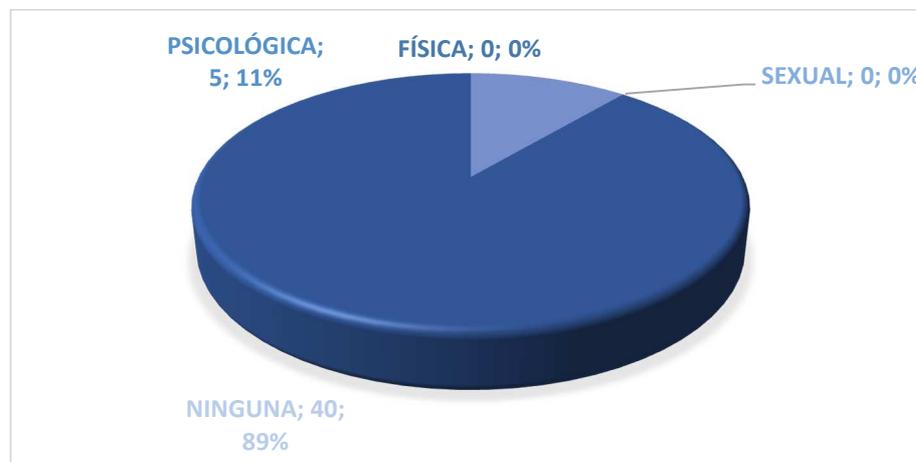
¿Ha tenido algún tipo de violencia?

TIPO DE VIOLENCIA	ADOLESCENTE	PORCENTAJE
Física	0	0%
Psicológica	5	11%
Sexual	0	0%
Ninguna	40	89%

Elaborado por: Shirley Choez Alava

Fuente: gestantes adolescentes que pertenecen al club de embarazadas de los centros de salud Manta y Cuba Libre.

Grafico 10



De acuerdo a los datos obtenidos mediante la aplicación de la encuesta se puede observar que en su mayoría las adolescentes manifestaron que no sufren de ningún tipo de violencia, representado esto por el 89% mientras existe un 11% que padece de violencia psicológica, cabe recalcar que esta interrogante tiene relación con la anterior, debido a que en un hogar donde exista este tipo de violencia están relacionadas al consumo de alcohol y droga.



Capítulo III

3. Taller de educación para la detección oportuna de factores de riesgo sociodemográficos asociados a la hipertensión arterial.

III.1 Nombre del taller

“Taller de educación para la detección oportuna de factores de riesgo sociodemográficos asociados a la hipertensión arterial”

III.2 Introducción

Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; Los factores de riesgo dependiente de la madre son: edad (menor de 18 años o mayor de 35 años de edad), nuliparidad, primigesta, historia personal o familiar de pre eclampsia, obesidad, infección materna, enfermedad renal, diabetes pre gestacional; Los factores de riesgo dependiente del producto son: embarazo gemelar o molar (Núñez J, 2010).

El monitoreo de la paciente obstétrica de alto riesgo implica tres acciones concretas: vigilancia prenatal temprana sistemática e intencionada, instrucción dirigida a la mujer para que reconozca los signos y síntomas de complicaciones graves, y asistencia obstétrica hospitalaria altamente especializada en el manejo de complicaciones graves (González P, 2015)

III.3 Justificación

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna cuanto perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las causas de muerte materna son principalmente los trastornos hipertensivos en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe (Hogan C, 2016). En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas han sido asociadas con las complicaciones derivadas de los trastornos hipertensivos gestacionales; preeclampsia y eclampsia destacan como principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.



III.4 Objetivos

III.4.1 Objetivo general

Elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo sociodemográficos asociados a hipertensión arterial en las adolescentes embarazadas a través de talleres de educación continua con la finalidad de que logren identificarlos, aplicar medidas preventivas y fomenten el autocuidado.

III.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Educar a las madres gestantes sobre las distintas medidas de prevención
- ✓ Fomentar el trabajo en equipo con la participación de las adolescentes embarazadas y el personal de enfermería.
- ✓ Incentivar a las adolescentes embarazadas a adquirir el compromiso y responsabilidad en la búsqueda de los servicios preventivos de salud.
- ✓ Fomentar el autocuidado en las adolescentes embarazadas
- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgos.
- ✓ Monitorear a las embarazadas adolescentes a domicilio.

III.5 Recursos humanos

- ✓ Equipo de salud
- ✓ Personal administrativo

III.6 Recursos financieros

- ✓ Proyector y computador
- ✓ Trípticos
- ✓ Videos
- ✓ Hojas
- ✓ Rotafolios
- ✓ Marcadores
- ✓ Guía de práctica clínica OMS, MSP

III.7 Descripción del taller educativo para embarazadas adolescentes con riesgo de hipertensión arterial



TALLER EDUCATIVO

"Taller de educación para la detección oportuna de factores de riesgo sociodemográficos asociados a la hipertensión arterial"



Elaborado por: Shirley Gabriela Choez Alava



DESARROLLO

III.7.1 TEMA 1

Duración: 30 minutos

Objetivo: conocer las causas de hipertensión arterial, factores que intervienen en el desarrollo de esta patología y su manera de prevenirla.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan durante mucho tiempo.

CAUSAS

En la mayoría de los casos, es de causa desconocida, o lo que es lo mismo, no encontramos evidencia de enfermedad o agente que la produzca, entonces la denominamos hipertensión arterial esencial o primaria (el 95% de los casos).

FACTORES DE RIESGO

- La edad
- Factores genéticos
- Género y etnia
- Sobrepeso y obesidad
- Sedentarismo
- Ingestión de alcohol y tabaco
- Nivel socioeconómico
- Nivel de escolaridad
- Antecedentes familiares y personales



PREVENCIÓN

- No fumar.
- Evitar consumo excesivo de alcohol.
- Evitar el sedentarismo y la obesidad.
- Evitar momentos de estrés.
- Realizar ejercicio de acuerdo al estado de salud y características físicas.
- Son preferibles los ejercicios de 6 tipo “aeróbico”: caminar, bailar, evitar el ascensor y el automóvil, etc.
- Intentar tener un peso adecuado a la estatura.
- Procurar tener una dieta ajustada a las necesidades de cada uno.
- Aumentar el consumo de legumbres, verduras, frutas.
- Disminuir el consumo de sal, café, grasas, carne roja, yemas de huevos, azúcar refinada.
- Se prefiere el aceite de oliva y la leche desnatada.
- Dejar tiempo libre para el esparcimiento y para descansar.
- Dormir las horas necesarias y en las mejores condiciones posibles.
- Ser positivo y con sentido del humor.



III.7.2 TEMA 2

Tiempo: 30 minutos

Objetivo: identificar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

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

- **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.
- **Herencia familiar:** las gestantes con antecedentes familiares de estos trastornos, tienen un riesgo 8,9 veces de desarrollar hipertensión arterial, que aquellas que no la presentan, aunque se conoce que la contribución genética de ambos progenitores es importante para el desarrollo de esta afección
- **Peso:** las pacientes con obesidad durante el embarazo predominaron los trastornos hipertensivos.
- **Condiciones obstétricas:** embarazo múltiple, la presión arterial aumenta más rápido desde las 30 semanas y, en la preeclampsia, la presión arterial es más alta desde temprano en el embarazo y aumenta más rápido posteriormente, lo que significa un continuum del riesgo.
- **Patrones culturales y factores socio-económicos:** la pobreza, algunas creencias y hábitos nocivos a la salud afectan indirectamente la salud durante el embarazo.
- **Cuidados perinatales:** - Con la recomendación de aumentar el número de contactos de la embarazada con los profesionales sanitarios, la OMS busca mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal en todas las poblaciones



III.7.3 TEMA 3

Tiempo: 30 minutos.

Objetivo: reconocer signos y síntomas de la hipertensión arterial.

RECONOCIMIENTO SIGNOS Y SINTOMAS DE HIPERTENSION ARTERIAL

Es importante que la adolescente embarazada sepa reconocer los signos de alarma que pueden poner en riesgo su embarazo.

Para esto es indispensable identificar el significado de las variables:

Síntoma. - Manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece; por ejemplo, el dolor de cabeza.

Signo. - Manifestación objetiva de una enfermedad o un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta; EJEMPLO: fiebre.

Los síntomas pueden ser levemente distintos en cada embarazo.

La presión arterial alta en el embarazo puede derivar en otros problemas serios. Por ejemplo, la preeclampsia. Usted debe estar atenta para detectar signos de presión arterial. Pueden incluir:

- Dolor de cabeza que no se alivia
- Edema (hinchazón)
- Incremento de peso repentina
- Cambios en la visión, como visión borrosa o doble
- Náuseas o vómitos
- Orinar poco por vez



III.7.4 TEMA 4

Tiempo: 30 minutos

Objetivo: detallar los beneficios de los alimentos indispensable en el embarazo.

ALIMENTOS NUTRITIVOS QUE SE DEBEN CONSUMIR DURANTE EL EMBARAZO

La nutrición es uno de los pilares fundamentales durante la gestación, por lo cual, la alimentación debe ser variada y completa en nutrientes para cubrir las necesidades del feto, el organismo materno y la síntesis de leche en esta etapa.

Alimentación. - alimentación es la acción de ingerir alimentos. Entiéndase alimento como cualquier producto sólido o líquido que aporta nutrientes.

Nutrición. - la nutrición es el aprovechamiento que nuestro cuerpo hace de los nutrientes. Se trata de un proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos sólidos y líquidos.

A continuación, detallamos algunos de los nutrientes más comunes que necesitas y sus valores correspondientes:

Nutriente	Necesario para	Las mejores fuentes
Proteínas	Crecimiento de las células y producción de sangre	Carnes magras, pescado, pollo, claras de huevo, habas, mantequilla de maní, tofu (soja)
Carbohidratos	Producción diaria de energía	Pan, cereales, arroz, patatas, pasta, frutas, vegetales
Calcio	Huesos y dientes fuertes, contracción de los músculos, funcionamiento de los nervios	Leche, queso, yogurt, sardinas o salmón con espinas, espinacas



Hierro	Producción de glóbulos rojos (necesarios para prevenir la anemia)	Carne roja magra, espinacas, panes y cereales enriquecidos con hierro
Vitamina A	Piel saludable, Buena visión, huesos fuertes	Zanahorias, vegetales de hojas verdes, patatas dulces (batatas)
Vitamina C	Encías, dientes y huesos sanos; ayuda a absorber el hierro	Frutos cítricos, brécol, tomates, jugos de fruta enriquecidos
Vitamina B6	Desarrollo de glóbulos rojos, utilización efectiva de las proteínas, grasas y carbohidratos	Cerdo, jamón, cereales integrales, bananas
Vitamina B12	Desarrollo de glóbulos rojos, mantenimiento de la salud del sistema nervioso	Carne, pollo, pescado, leche (Nota: los vegetarianos que no consumen productos lácteos necesitan un suplemento adicional de vitamina B12)
Vitamina D	Huesos y dientes sanos; ayuda a la absorción del calcio	Leche enriquecida, productos lácteos, cereales y panes
Ácido Fólico	Producción de sangre y de proteínas, efectiva función enzimática	Vegetales de hoja verde, frutas y vegetales de color Amarillo oscuro, habas, guisantes, frutos secos
Grasa	Almacenamiento de energía corporal	Carne, productos lácteos como la leche entera, frutos secos, mantequilla de maní, margarina, aceite vegetal (Nota: limita el consumo de grasa a 30% o menos de tu ingesta diaria de calorías)



III.7.5 TEMA 5

Tiempo: 30 minutos

Objetivo: concientizar la importancia de los controles prenatales

BENEFICIOS E IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

El embarazo es una experiencia maravillosa y única que, y debe ser disfrutada al máximo por los futuros padres, pero conlleva una gran responsabilidad, pues de los cuidados que se tenga desde el inicio del mismo dependerá el crecimiento y desarrollo del futuro bebé.

Control prenatal. - consiste en una visita mensual al doctor en la cual se tomará la presión arterial, medirá el crecimiento del abdomen, controlará el aumento de peso, enviará pruebas de laboratorio y ecografías, todo esto para determinar que todo esté bien.

Todas las mujeres embarazadas, sin excepción, hasta la semana 28, luego las consultas deben ser cada 2 semanas hasta la semana 36 y cada semana desde la semana 37 hasta el parto o la cesárea.

PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

- Cada 4 semanas hasta las 28 semanas.
- Cada 3 semanas entre las 28 - 34 semanas.
- Cada 2 semanas entre las 34 - 36 semanas.
- Cada 7 días 36 - 41 semanas.
- Cada 48 a 72 horas entre las 41- 42 semanas.
- Interrupción a las 42 semanas.



En condiciones de bajo riesgo y pacientes sin problemas se puede utilizar un esquema más flexible y con menor número de consultas, pero esto depende del criterio del médico en común acuerdo con su paciente. Si la madre presenta un embarazo de alto riesgo las consultas dependen de lo que el médico determine, lo más probable es que se den con mayor frecuencia

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo de ciertas patologías, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo como, por ejemplo:

Trastornos, enfermedades y complicaciones que se pueden dar durante el embarazo y que pueden ser detectados durante la consulta

- Infección urinaria sin síntomas.
- Infecciones genitales asociadas al aborto o infección del recién nacido.
- Anomalías congénitas, cardíacas o hidrocefalia.
- Enfermedades hereditarias y síndromes genéticos.
- Infecciones congénitas como la rubéola fetal.
- Enfermedades cromosómicas como el Síndrome de Down.
- Embarazos múltiples o embarazo gemelar.
- Amenaza de parto prematuro.
- Problemas placentarios como: placenta previa y desprendimiento prematuro.
- Presión arterial alta.
- Trastornos de crecimiento fetal o diabetes del embarazo.
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo o enfermedad por Rh incompatible.



III.7.6 TEMA 6

Tiempo: 30 minutos

Objetivo: disminuir el estrés durante el embarazo mediante la aplicación de técnicas de relajación.

TECNICAS DE RELAJACION PARA DISMINUIR EL ESTRÉS

Los altos niveles de estrés que se mantienen durante mucho tiempo pueden provocar problemas de salud, como alta presión arterial y enfermedad del corazón.

Estrés. - Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

Seguidamente se presentan un conjunto de técnicas que nos ayudarán en todo el proceso de relajación

Respiración. –la gestante debe respirar desde el diafragma cuando esté realizando los ejercicios de relajación o en situaciones de estrés.

Relajación muscular. –el Acostarse un rato y determina que musculo sientes más tenso y comienza a realizar movimientos de tensión y posterior relajación, en breve se experimentará un agradable alivio.

Entrenamiento autógeno. -esta técnica psicoterapéutica es muy parecida a la meditación y consiste básicamente en realizar una inspiración profunda con un conjunto de ejercicios de estiramiento. Para realizar este tipo de técnica lo más recomendable es contar con la ayuda de un terapeuta especializado.



Algunas fuentes de relajación se pueden conseguir por medio de:

La música-escuchar música clásica, instrumental, etc. ayuda significativamente en el proceso de relajación del cuerpo y la mente.

Yoga prenatal. -múltiples son los beneficios que se generan con la práctica del yoga no solo para la relajación sino para facilitar las labores del parto natural.

Caminar o nadar. -estos ejercicios son muy completos y los beneficios son integrales para el organismo en general.

Es importante antes de tomar la decisión de implementar cualquier rutina de ejercicio consultar previamente con el médico obstetra con el fin de que nos oriente y nos dé sus recomendaciones en función de la etapa del embarazo en la que nos encontremos.



III.7.7 TEMA 7

Tiempo: 30 minutos

Objetivo: permitir a la embarazada conocerse, aceptarse y valorarse.

AUTOESTIMA EN EL EMBARAZO

La autoestima no es más que la imagen que tenemos de nosotros mismos que, muchas veces, o la mayoría, reflejamos hacia el exterior y así nos pueden llegar a percibir la gente que nos rodea.

A continuación, consejos para elevar el autoestima estando embarazada, pues como hemos indicado, es una de las cosas que suele darse pues debido a todos los cambios emocionales del embarazo y otros propios de la gestación pueden ocurrir.

- Lo primero es centrarte en ti misma, cuidarse y arreglarse para sí.
- Una mujer embarazada es guapa y sexy, y aunque esté ganando peso debido al aumento de peso del embarazo es sólo por el bebé y no es excusa para descuidarse o no sentirse atractiva.
- Comer sano y practicar ejercicio adaptado al embarazo de forma regular, así se sentirá mejor y ayudará a no ganar más peso del necesario para gestar al bebé.
- Abrirse y hablar; comentar los miedos y preocupaciones con personas cercanas.
- Pareja, amigos o familiares son las personas ideales para comunicar lo que está sintiendo en esta nueva etapa, así no se sentirá sola y podrá contar con un apoyo incondicional de personas que están cerca de ella y la comprendan.
- No dejar de tener relaciones sexuales con la pareja, así la pasión no decae y se seguirá sintiendo deseada en todo momento.



- Entender que los nueve meses son una experiencia y que se debe vivirla como se merece. Aprovechando al máximo todo lo bueno y bonito que está pasando y lo que está por venir cuando nazca el bebé.
- Aprovechar los meses de embarazo para retomar aficiones o probar actividades donde conocerá a otras madres en la misma situación y así poder compartir consejos, experiencias y reírse todo lo que pueda.
- Finalmente, debe aceptarse. Siente como natural todo lo que está pasando en la vida, los cambios son producto de la vida y los síntomas del embarazo, un paso más para poder disfrutar de una vida en familia con el futuro bebé.



III.7.8 TEMA 8

Tiempo: 30 minutos

Objetivo: comprender la importancia de una buena comunicación en el trato enfermero y paciente.

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA ENFERMERA –PACIENTE

Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a los demás a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. Este proceso también se relaciona con la capacidad de solicitar consejo o ayuda en momentos de necesidad. Las personas con este estilo de comunicación son capaces de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, defendiendo sus derechos y respetando los de los demás. al hacer esto, facilita que los demás se expresen libremente, utilizando de la forma más adecuada posible los componentes conductuales de la comunicación.

“Las destrezas comunicacionales efectivas son parte de la práctica de un buen enfermero, por lo que se considera a la comunicación una de las competencias básicas en la formación profesional enfermero (...) con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente” (Moore; Gómez, 2017, p. 1047). Mediante una comunicación eficaz se podrá acceder a una información completa, teniendo un mejor resultado al identificar las afecciones de paciente, lo que las causa y cuál es el mejor tratamiento para su recuperación y, si este es efectivo. Al ser un poco más participativo y comunicativo y lograr mantener una buena relación con los familiares y pacientes que se encuentran al cuidado de su salud, se logra una recuperación satisfactoria en un periodo menor y se desarrolla un compromiso con el autocuidado en casa.

Conclusiones

- Mediante la revisión bibliográfica de autores se logró respaldar la investigación permitiendo comprender datos sobre la caracterización sociodemográfica y como conjuntamente con el modelo de Orem con la Teoría del déficit del autocuidado y de Peplau con la relación interpersonal de enfermera y paciente, se pueden plantear actividades como estrategias de prevención de la hipertensión arterial en las adolescentes.
- De acuerdo a la encuesta realizada y la obtención de datos por parte de las adolescentes embarazadas, se puede determinar que en su mayoría su embarazo se asocia a ciertas características sociodemográficas como: baja escolaridad con el 73%, esto conllevando a un déficit de conocimientos en una alimentación saludable, importancia de controles prenatales y por ende el desconocimiento en la detección de factores de riesgo. Por otro lado, se refleja la unión libre con su pareja, donde su principal función es ser ama de casa, y por último la desintegración familiar conllevando a la gestante a situaciones de estrés; todos estos resultados reflejan el riesgo de la gestante en cualquier etapa de su embarazo en adquirir hipertensión arterial.
- A través de este estudio se permitió obtener la pauta de orientación para la elaboración de un taller de capacitación en el que se espera que el personal de enfermería con el apoyo de directivos de salud lo apliquen y de esa manera lograr concientizar en las adolescentes embarazadas sobre la importancia de la detección los factores de riesgo de hipertensión arterial y que tengan un conocimiento más amplio sobre prácticas de autocuidado con el fin de prevenir y reducir el desarrollo de esta enfermedad.

Recomendaciones

- Que el personal de enfermería tenga conocimientos actualizados de los principales factores de riesgo sociodemográficos asociados a hipertensión arterial que puede llegar a desarrollar las adolescentes embarazadas, actuando de acuerdo a normas y protocolos del ministerio de salud pública.
- El personal de enfermería debe crear un vínculo con la adolescente embarazada, donde exista una comunicación asertiva que permitirá acceder a detalles de la adolescente quien como profesional podrá identificar los factores de riesgo a desarrollar hipertensión arterial y actuar de manera oportuna en conjunto del bienestar materno-infantil.
- Que se aplique el taller de capacitación a las adolescentes embarazadas, el cual permitirá a ellas reconocer y detectar factores de riesgo presentes en su embarazo y permitiéndole tomar conciencia de las prácticas de autocuidado.
- Realizar visitas domiciliarias con la finalidad de verificar que las adolescentes embarazadas estén aplicando las prácticas de autocuidado y en tal caso corregir en alguna deficiencia de este.

Referencia Bibliográfica

1. Balestena Sánchez, SG. (2005). Impacto de la menarquía en los resultados perinatales en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol, 31.
2. Belitzky, R. Cruz, CA. Marinho, E. (1985). Resultados perinatales en madres jóvenes: Estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Américas, 221.
3. Chelala, C. (2015). El embarazo de las adolescentes americanas. Salud Mundialp, 21 -23.
4. Gil, P. (2000). Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia,16-25.
5. Díaz, A. Sanhueza, R. Yaksic, N. (2017). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas. Rev Chil Obstet Ginecol, 67.
6. Elster, AB. Lamb, ME. Tavaré, J. (2015). The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood, 92.
7. Glynn, L. (2016). When stress happens matters: effects earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 42.
8. Jhon, B. (2017). Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista médica de costa rica y centroamerica, 66.

9. Lara-González, AL. Ulloa-Galván, G. Alpuche, G. (2017). Factores de riesgo para hipertensión arterial. Análisis multivariado. Ginecol Obstet Mex, 357-362.
10. Maddaleno, M. (2015). Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Salud Familiar. Chile, 125-141.
11. Maygrier, Ch. Schwab, A. (2016). Manual de obstetricia. Barcelona: Hijos de J. Espasa, 2-35.
12. Medina, J. (2014). Diferencias y similitudes de la hipertensión gestacional. Ginecología y obstetricia Mexico, 48-53.
13. Molina R. (2014). Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano, 195-231.
14. Reece, H. (2017). Obstetricia clinica. Buenos Aires: Panamericana.
15. Reeder, S. (2017). Enfermería Materno-Infantil. México DF, México: Editorial Interamericana.
16. Rivero, A. Alba, A. Jaramillo, M. (2016). Complicaciones en el embarazo adolescente una revisión documental. Atencion familiar, 82-85.
17. Salazar, JÁ. Triana, JC. (2018). Caracterización de los trastornos Hipertensivos del embarazo. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología, 55.
18. Sosa, M. (2017). Estados hipertensivos del embarazo. Redalyc.org, 28.
19. Torales, CM. Zelaya, MB. Schiaffino, PM. (2017). Estados hipertensivos del embarazo en el hospital "dr. Ramon madariaga". Revista de posgrado de la via cátedra de medicina, 126.



20. Valdés Dacal, S. Essien, J. Bardales Mitac, J. (2017). Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 28-84.
21. Vasquez, A. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista cubana de medicina*.
22. Vázquez Márquez, A. Pérez Llorente, LM. Guerra Verdecia, C. (2017). Morbilidad y mortalidad prenatal en el embarazo precoz. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 24-44.
23. Vázquez Vigoa, A. Reina Gómez, G. Roman Rubio, P. (2016). Trastorno hipertensivo del embarazo. *SCIELO*, 44.
24. Voto, L. (2015). *Hipertension en el Embarazo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.



Anexos

Anexo 1. Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas.

Tema del Proyecto: caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial.

Problemática: La presente investigación se realiza dada la importancia que tiene la intervención del personal de enfermería en la educación, detección y prevención de factores de riesgo que conllevan a hipertensión arterial agravando el estado de salud en las madres y provocando futuras complicaciones.

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentarán una serie de preguntas para que usted responda de acuerdo a la situación que se identifique con usted. La información que suministre será confidencial y de mucha utilidad para la investigación. Gracias anticipadas por su colaboración. Es importante que lea todas las instrucciones antes de responder el cuestionario:

1. Lea detenidamente cada uno de los ítems antes de seleccionarlos.
2. Responda de acuerdo a su criterio.
3. Siga el orden establecido.
4. No deje algún ítem sin responder.
5. Cada ítem está estructurado por **preguntas** con alternativas de respuesta Seleccione solo una (1) con una “X”.
6. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta.
7. Si se presentan dudas al responder el instrumento consulte al encuestador



SECCIÓN A. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes

Edad

12-14___ 15-17___ 18-19___

Estado civil

Soltera___ Casada___ Unión libre___

Escolaridad

Primaria completa _____ Primera incompleta _____

Secundaria completa _____ Secundaria incompleta _____

Superior _____ (en la actualidad)

Nivel socioeconómico

Alto___ Medio___ Bajo___

Religión

Católica___ Evangélica___ Otras___

Lugar de residencia

Urbana___ Rural___

Ocupación

Estudiante___ Ama de casa___ Otra___

Número de controles

1-2 ___ 3-4 ___

Desintegración familiar

SI___ NO___



Personas con las que vive

Padres___ Pareja___ Amiga___ Sola___

¿Conoce que alimentos deben consumir y cuáles no?

SI___ NO___

Si en caso de conocer escriba cuales son:

SECCIÓN B. Factores de riesgo de hipertensión arterial en las gestantes adolescentes

Antecedentes personales

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación?

9-10 ___ 11-12 ___ 12-14 ___ 14-15 ___

¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer embarazo?

12-14___ 15-17___ 18-19___

¿ En alguna etapa de su vida ha presentado hipertensión?

SI___ NO___

¿Ha tenido obesidad en alguna etapa de su vida?

SI___ NO___

¿Cuánto pesaba en el embarazo anterior?

_____ kg

¿Ha presentado pre eclampsia previa en alguna etapa de su vida?

SI___ NO___



¿Ha tenido algún tipo de violencia? Señale cuál de las siguientes

Física ___ Psicológica___ Sexual___ Ninguna___

¿Ha tenido Vivencias de situaciones de estrés?

SI___ NO___

Antecedentes obstétricos

¿En embarazos anteriores ha presentado algunas de las siguientes patologías?

Hipertensión___ Diabetes ___ Pre eclampsia___

¿Ha tenido algún aborto?

SI___ NO___

¿Ha tenido algún embarazo gemelar?

SI___ NO___

Antecedentes familiares

¿Ha tenido familiares con embarazos adolescentes?

SI___ NO___

¿Ha tenido familiares adolescentes con pre eclampsia?

SI___ NO___

¿Sus niños son de la misma pareja?

SI___ NO___

¿Tiene algún familiar que consume alcohol o droga?

SI___ NO___



Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada: "caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas con riesgo de hipertensión arterial" desarrollada por la alumna Shirley Gabriela Choez Alava de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto a las propuestas de intervención a desarrollar por el personal de enfermería y de esta forma disminuir los factores de riesgo para prevenir la hipertensión arterial.

Que se respetara la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información suministrada por mí.

Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Mi participación es voluntaria por lo cual firmo este consentimiento informado.

Manta, ____ de agosto de 2019

FIRMA

CI:



Anexo 3. Cronograma de actividades.

Planificación de las tareas

Para la consecución de las metas propuestas en el tiempo planificado, se una serie de actividades las cuales se llevarán a cabo en el lapso comprendido desde enero 2019 hasta agosto 2019, tal cual y como se especifica en el siguiente cuadro.

Actividades	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019
Análisis e identificación del tema de estudio	X							
Elaboración del tema	X							
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprobación del tema	X	X						
Elaboración de oficios					X			
Aceptación de oficios						X	X	
Elaboración de introducción							x	
Desarrollo del diseño teórico								x
Elaboración del capítulo I								x
Elaboración del capítulo II								x
Recolección de							X	x



la muestra								
Análisis e interpretación de resultados								X
Elaboración del capítulo III								X
Redacción de informe preliminar								X
Revisión y corrección de conclusiones y recomendaciones								X
Redacción del informe final								X
Aprobación del proyecto de investigación								X
Entrega del informe final								X



Anexo 4. Solicitud de autorización

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA   EL GOBIERNO DE ECUADOR

Dirección Distrital 13D02 Jaramijó Manta Montecristi, Salud

Oficio Nro. MSP-CZ4-13D02-DDS-2019-0696-OF

Manta, 18 de junio de 2019

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA QUE ALUMNA SHIRLEY CHÓEZ REALICE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CS CUBA LIBRE Y MANTA

Señora Licenciada
Mirian del Rocio Santos Alvarez
Coordinadora de la Carrera de Enfermería
UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. 89-DIR-CAR-FAC-ENF-MSA en el cual solicita autorización para que la estudiante Srta. Shirley Chóez realice proyecto de investigación, esta Dirección Distrital 13D02 Salud en base a los Convenios de Cooperación Interinstitucional con fines investigativos suscrito entre el MSP y la ULEAM concede la Autorización para que la Estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) realice su Trabajo Investigativo en los Centros de Salud Cuba Libre y Manta Tipo C.

A fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud y otras Directrices emitidas de Nivel Central, la estudiante investigador deberán suscribir un Acuerdo de Confidencialidad en el cual se manifiesta que se guardará reserva de los datos que le han sido facilitados por esta Institución y una carta de compromiso estableciendo que se entregará el trámite que deberá realizarse en la Unidad de Asesoría Jurídica del Distrito.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Nakin Alberto Veliz Mero
DIRECTOR DEL DISTRITO 13D02 JARAMIJO - MANTA - MONTECRISTI

Referencias:
- MSP-CZ4-13D02-VUUAU-2019-0674-E

Anexos:
- ción_para_que_alumna_shirley_chóez_realice_proyecto_de_investigación_en_cs_cuba_libre_y_manta.pdf

Copia:
Señora Abogada
María Elena Carrillo Bowen
Analista Distrital de Asesoría Jurídica

mc

NAKIN ALBERTO
VELIZ MERO

Avenida 24 y Calle 13
Manta Ecuador • Código Postal: 130802 • Teléfono: 593 (05) 2629-500

Anexo 5. Cumplimiento de tutorías



Anexo 6. Aplicación de encuesta



Anexo 7. Toma de presión arterial, peso y talla

