

**DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL  
PROCESO DE REVALIDACIÓN**

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS RÓMULO  
GALLEGOS**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL  
PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 DE  
EDAD EN LA COMUNIDAD DE PRADOS DE PAYA  
TURMERO EDO. ARAGUA EN EL PERIODO JUNIO –  
OCTUBRE 2009**

**PRESENTADA POR  
LASTRA ORTIZ, ROSA MARÍA**

**ASESOR**

**RUBEN MEDINA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**SAN JUAN DE LOS MOROS – VENEZUELA**

**2009**

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS CENTRALES

“RÓMULO GALLEGOS”.

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD.

PROGRAMA DE ENFERMERÍA.



Cuidados de enfermería en la prevención del parto pretermino en  
adolescentes de 12 a 18 de edad en la Comunidad de Prados de Paya  
Turmero Edo. Aragua en el periodo Junio – Octubre 2009

(Trabajo especial de grado presentado como requisito para optar al título de  
licenciada en enfermería.)

**Tutor:**

**Lic. Rubén Medina.**

**Autoras:**

**T.S.U. Lastra Rosa**

**T.S.U. Ramírez Evelin**

**San Juan De Los Morros, Octubre 2009**

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS**  
**CENTRALES**  
**"RÓMULO GALLEGOS"**  
**AREA DE Cs. DE LA SALUD**  
**ENFERMERÍA**

**Cuidados de enfermería en la prevención del parto pretermino en adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> de edad en la Comunidad de Prados de Paya Turmero Edo. Aragua en el periodo Junio – Octubre 2009.**

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería.**

**TUTOR:**

**Lic. Rubén Medina**

**Autores:**

**T.S.U. Lastra Rosa**

**T.S.U. Ramírez Evelin**

**San Juan de los morros, Octubre 2009**



**Republica Bolivariana de Venezuela  
Ministerio de Educación Superior  
Universidad Rómulo Gallegos  
Área de Cs de la Salud  
Programa de Enfermería**

**APROBACION DEL TUTOR**

En mi carácter de tutor del trabajo presentado por las ciudadanas T.S.U en enfermería Lastra Rosa C.I. 12.159.285 y Ramírez Evelin, C.I. 16.850.540 titulado Cuidado de Enfermería en la prevención del parto pretermino en adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> de edad en la Comunidad de Prado de Rosario de Paya, Turmero, Edo. Aragua, para optar al grado de licenciada en enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de San Juan de los Morros, Noviembre 2009

---

**Licdo. Rubén Medina**  
**CI:**

## AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a dios todo poderoso por guiarnos en el camino del bien.

A la universidad Rómulo gallegos por brindarnos la oportunidad de entrar en sus aulas de clases y formar parte de esta casa de estudio.

A los profesores por compartir sus conocimientos con profesionalismo y paciencia gracias.

Al personal de enfermería del ambulatorio de Prado Rosario de Paya, de Turmero Edo. Aragua por permitirnos entrar en su lugar de trabajo y brindaos toda la información necesaria.

A las embarazada de la comunidad de Prado Rosario de Paya por permitir entrar a su privacidad.

A licdo. Rubén Medina por su orientación y contribución en la realización de esta tesis de grado

## DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a mis padres en primer lugar por ser quienes me dieron la vida y brindaron su apoyo en todo momento por ser quienes me esperaban hasta tarde en la parada.

A mi hermano por apoyarme cuando lo necesite e irme a buscar al Terminal de san Juan porque ya era tarde y no había bus para llegara mi casa en san mateo gracias hermano.

A mi esposo por ser comprensivo te amo.

Ramírez evelin

## DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a mis padres por haberme dado la vida y haber formado mi carácter de lucha emprendedora gracias madre y padre los amo son lo mas grande que tengo como hija.

A mis hermanos por incentivarme a seguir adelante

A mi esposo que fue quien estuvo conmigo desde el inicio de mis estudios y me apoyo en todo momento para que realizara mi sueño de ser un profesional gracias te amo.

A mis hijas que siempre me tuvieron que esperar cuando no estaba, que me ayudaron a mantener la dulce nave que es mi hogar a flote.

Rosa Lastra



## INDICE

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Índice.....	V
Resumen.....	VI
Introducción.....	1
Capitulo	
I Problema	
Planteamiento del problema.....	2
Objetivo general y específico.....	5
Justificación de la investigación.....	6
II Marco teórico	
Antecedentes de la investigación.....	8
Bases teóricas.....	10
Teoría de Ramona mercer.....	34
Bases legales.....	36
Sistema de variables.....	44
III Marco Metodológico	
Diseño y tipo de investigación.....	46
Población y muestra.....	47
Técnicas / instrumento de recolección de datos.....	48
Análisis / interpretación de datos.....	50
Conclusión.....	51
Referencias bibliograficas.....	52
Anexos.....	54

**República Bolivariana de Venezuela**  
**Ministerio de Educación Superior**  
**Universidad Nacional Experimental de los llanos centrales**  
**“Rómulo Gallegos”**  
**Área Ciencias de la Salud**  
**Programa de enfermería**

Cuidado de Enfermería en la prevención del parto pretermino en  
adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> de edad en la Comunidad de Prado de  
Rosario de Paya, Turmero, Edo. Aragua

Autores: T.S.U.  
Lastra Rosa  
Ramírez Evelin  
Tutor: Lic. Ruben Medina  
Año: Octubre 2009

**Resumen**

La presente investigación se realizó para determinar el Cuidado de Enfermería en la prevención del parto pretermino en adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> de edad en la Comunidad de Prado de Rosario de Paya, Turmero, Edo. Aragua. Estas adolescentes dependen del cuidado de enfermería debido a que estas no tienen la madurez necesaria para asumir el rol de madre para ello nos planteamos el objetivo de Determinar los factores que influyen en el número de nacimientos preterminos de embarazos en adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup>, en la cual se realiza una investigación de campo de carácter descriptiva con una población conformada por 51 adolescentes embarazadas quienes representan un 9.46% del todas las embarazadas menores de 19 años del Municipio Santiago Mariño, cabe destacar que la población gestante menores de 19 años es de 539 y 6062 todas las embarazadas del municipio.



## Introducción

La adolescencia es el periodo en el que el individuo comienza a experimentar otra etapa de su vida, donde transita el camino de la niñez a la adultez es por ello que la OMS (2001) la define como "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" , esto no quiere decir que sean capaces de afrontar responsabilidades de un adulto sin embargo el adolescente de hoy día quiere jugar a ser grande creyendo tener la madurez necesaria para afrontar cualquier reto sin responsabilidad y es allí cuando se encuentran en una encrucijada de problemas y no saben que hacer, las jóvenes por pensar a mi no me va ha pasar nada, eso no me va ha suceder a mi, es por ello que hay un incremento de adolescente con el rol maternal y/o paternal, y debido a esto ocurren una serie de consecuencias ya que estas adolescentes que quedan embarazadas no cuentan con un desarrollo físico y mental acorde para albergar en su útero a un ser vivo. A raíz de esto no solo se ve atrofiado la parte física y mental de la adolescente sino también la parte sexual y psicosocial, esto hace que crezcan de forma mas rápida sin pasar por las etapas lindas del adolescente como lo es conocer amigos, tener amistades con quien compartir ideas, experiencias, dudas, conocer, explorar.

Se van directo a ser madres sin quererlo, sin saber o sin esperarlo lo que eso significa, asumir responsabilidades que quizás no sean capaces de manejar como cambios en su estilo de vida, su forma de pensar, su frustran por las limitaciones que se les presenta, tener que trabajar porque no tienen el apoyo de los padres, el rechazo familiar hace que piensen en abortar, en el suicidio, en dar a su hijo en adopción, en formar pareja muchas veces con una pareja que no es el padre del niño.

Ser adolescente y creer que la vida es solo fiesta, juego, tener relaciones sexuales sin precaución acarrea mucha irresponsabilidad, debido a la

inmadurez que se demuestra en esta etapa de la vida. Por ello es mejor siempre escuchar, ver y aprender a vivir de forma sana y segura para poder llevar una vida sin promiscuidad para así alcanzar una madurez acorde a la edad y no ser parte de las estadísticas como madre adolescente.

### Planteamiento del problema

El futuro y desarrollo de un país depende de sus habitantes, es por ello que como integrantes de una nación se está en la obligación de buscar estrategias y herramientas necesarias para su buen desarrollo y funcionamiento. Para que esta tarea se pueda cumplir cabalmente, se debe tener presente que siempre cuando se requiere un cambio esencial, el individuo debe asumir como prioridad el proceso de desarrollo en todos sus ámbitos. En tal sentido, se asume plantear una propuesta que fortalezca la población joven en función de cubrir con un servicio en bienestar de la comunidad. Así cada país de acuerdo con su evolución se caracteriza estableciendo parámetros que hacen posible la consolidación de una estrategia bajo condiciones que le permite regular y solucionar sus necesidades en todos los aspectos. La sociedad venezolana hoy día se encuentra con un problema de índole social, moral y de valores debido a que nuestros jóvenes se están inclinando más a tener responsabilidades con un rol de padres y madres, que de jóvenes y esto viene dado por un sin fin de factores familiares como: la familia disfuncional, la falta de comunicación entre padres e hijos, el maltrato en el hogar, la deserción escolar, familias con un número de hijos grande, la parte económica.

Este orden de ideas, conduce a pensar en el hecho que es preciso que profesionales en el área de la Salud, puedan presentar proyectos que de una u otra forma beneficien el sistema social en cuanto a un diseño educativo de salud como propuesta para mejorar la calidad de vida de



las adolescentes de la comunidad de Prados de Paya en Rosario de Paya Turnero, Edo. Aragua y de esta manera contribuir al desarrollo cultural y educativo del núcleo familiar.

En dicha comunidad se ha venido detectando un incremento en el número de adolescentes embarazadas, lo que ha traído como consecuencia un número elevado de nacimientos preterminos (antes de la edad gestacional), evidenciándose un problema social y cultural. Del 100% de las adolescentes en objeto de estudio de la comunidad, edades comprendida entre los 12 a 18ª de edad, el 10% están embarazadas y el 30% han finalizado su embarazo antes de la edad gestacional según información de epidemiología municipal de Mariño del año 2009.

Cabe destacar que un nacimiento pretermino se da por diversos factores como el nutricional, la edad, el control prenatal, el cuidado que tenga la gestante durante ese periodo, el consumo de sustancias nocivas, si es un embarazo deseado o accidental y si la madre es adolescente influyen: Según Prof. Dr. Juan R. Issler, revista de postgrado de la cátedra VI a medicina N°107 (2001) En lo biológico la edad cronológica  $\leq 14$  años y / o edad ginecológica  $\leq 1$  año, Peso  $< 45$  Kg. y / o talla  $< 1,45$  m, Estado nutricional deficiente, Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional, Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad, Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias), Tatuajes (el químico usado), Más de 2 parejas; el lo Psicosocial influyen: Asincronía madurativa físico – emocional, Baja autoestima, Bajo nivel de instrucción, Ausencia de interés, Pérdida reciente de personas significativas, Embarazo por violación o abuso, Intento de aborto, Propósito de entregar el hijo en adopción, Familia disfuncional sin adulto referente o ausente, Trabajo no calificado, Pareja ambivalente o ausente, Condición económica desfavorable, Marginación de su grupo de pertenencia, Dificil acceso a los centros de salud.

Ante este planteamiento, surge la motivación de la autora en realizar un estudio que de respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cual es el grado de conocimiento que poseen estas adolescentes en cuanto a las consecuencias de un nacimiento antes de la edad gestacional?

¿Cuáles fueron las causas para que se produjera un embarazo en estas adolescentes?

¿Sabén estas madres - adolescentes enfrentar la vida social que vivimos actualmente con responsabilidad?

¿Existe relación entre el nacimiento pretermino y el crecimiento y desarrollo del recién nacido?

## Objetivo General

Determinar los factores que influyen en el número de nacimientos preterminos de embarazos en adolescentes con edades comprendidas entre 12 a 18 años de edad en la Comunidad de los Prados, Rosario de Paya en Turmero, Edo Aragua.

## Objetivo Específicos

- Identificar las causas de embarazos en adolescentes en la Comunidad de Prados en Rosario de Paya.
- Identificar el grado de conocimiento que tienen las adolescentes de 12 a 18 años de edad en cuanto a un embarazo pretermino.
- Describir los factores de riesgo que pueden afectar a la adolescente y a los nacimientos preterminos vivos.
- Conocer las consecuencias de los nacimientos preterminos vivos en cuanto a su crecimiento y desarrollo.



## Justificación

El presente trabajo de investigación sobre los nacimientos preterminos en embarazos de adolescentes de 12 a 18 años de edad, evidencia preocupación por parte de las investigadoras, ya que es un problema de relevancia social, cuando una mujer no esta debidamente preparada para ser madre se le presentan problemas durante el embarazo, mas aun cuando estas madres son adolescentes que no tienen la madurez física y mental acorde para tal situación y es allí cuando se convierte en un hecho social traumático, de factor de sufrimiento y de represión de sus necesidades. La relevancia social de esta investigación radica en la concienciación del ser humano, ya que es importante que nuestros adolescentes crezcan y se desarrollen sanamente y que adquieran responsabilidad acorde a sus edades y desarrollo evolutivo, para así poder prevenir la incidencia en factores de riesgo, que producen efectos negativos sobre la salud integral de la adolescente.

Para la Universidad Nacional de los Llanos centrales Rómulo Gallegos, esta investigación aporta información de relevancia sobre los problemas recurrentes en los adolescentes en la sociedad venezolana y que sirve de base para ayudar a los futuros profesionales de la enfermería comunitaria haciendo énfasis en la promoción y calidad de la salud en las comunidades. Para el personal que labora en el ambulatorio de Prado este estudio es de importancia, porque las orienta en la problemática que presenta esta comunidad y sus alrededores en cuanto a los embarazos en adolescentes y las ayuda a crear estrategias de prevención para la situación que se presenta. Las investigadoras se centran en este estudio de caso ya que como personal de atención integral observamos el incremento de embarazos en adolescente y alumbramiento antes de las 37 semanas de gestación y cual es el rol que jugaría el personal de enfermería comunitaria para prevenir estos casos.

Cabe destacar que la realización de esta investigación es oportuna, ya que puede ser de gran utilidad para inferir en nuevas estrategias en el sector salud, especialmente en el personal de enfermería comunitaria. Esto beneficiara a distintas partes, ya que en estos tiempos en los que la globalización ha agregado nuevas tendencias a la sociedad venezolana, es necesario que nuestros centros de salud estén al mismo ritmo y conocer y educar a la población adolescente para de esta manera poder tener una comunidad más sana a nivel social, cultural, esto traerá como consecuencia jóvenes más dispuestos a un desarrollo mental y físico sano. De esta manera que el embarazo en adolescentes disminuiría y por tanto el numero de nacimientos preterminos.

La presente investigación, a través de los enfoques actuales pretende proporcionar un aporte teórico - educativo al personal de enfermería comunitaria, dé allí que este estudio puede servir de marco de referencia a futuras investigaciones que guarden relación.



## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

Cuando se habla de los antecedentes de la investigación, es porque estos sirven como punto de referencia para aclarar algunos conceptos y dar relevancia a los aspectos a tratar.

Tamayo (1999) comenta que en los antecedentes “se trata de hacer una síntesis conceptual de la investigación o trabajo realizado sobre el problema formulado, con el fin de determinar el enfoque metodológico de la misma investigación”. El autor habla que los antecedentes dan una orientación como desarrollar la investigación, guiados por otros estudios parecidos al que se realiza.

En este capítulo se presentan los antecedentes de la, las bases teorías, bases legales tomando como base fundamental de teoría de Ramona Mercer y las variables del estudio.

#### **Antecedentes de la investigación**

Mary Alginzones (2005) realizó una investigación titulada participación de la enfermera (o) en el cuidado de las embarazadas con trabajo de parto pretermino servicio 6 de hospitalización maternidad Concepción Palacios. Caracas. Las madres dependen del trabajo de enfermería donde se puede inferir que por omisión o exceso de trabajo estas no prestan la atención u orientación necesaria a las embarazadas con trabajo de parto pretermino, por ello se plantea como objetivo determinar la participación de enfermería en el cuidado de las embarazadas con trabajo de parto pretermino, recluidas en el servicio 6 de hospitalización de la maternidad concepción palacios en caracas, en la cual se realiza una investigación de campo de carácter descriptiva con una población conformada por 48 embarazos en trabajo de parto pretermino hospitalización en el servicio 6 de la maternidad concepción palacios caracas y la muestra fue conformada por 23 embarazadas que

habitan en la comunidad objeto de estudio a quienes se le aplicaron un instrumento con una serie de preguntas con respuestas, determinadas con la técnicas de coeficiente de cronbrach en una prueba piloto. El análisis de los resultados arrojó como conclusión que: estos profesionales en su mayoría el 78% casi siempre establece una relación interpersonal con la embarazada, en lo referido con la comunicación diaria el 87% de estas embarazadas responden casi siempre se establece esa comunicación, a través de la relación interpersonal y comunicación diaria se determinan los problemas y necesidades de estas embarazadas, se genera la confianza y motivación de considerar a la enfermera como la profesional que presta un servicio de calidad y beneficio de la usuaria. Esto hace inferir que el rol educativo – preventivo, de las enfermeras objeto de estudio tampoco es cumplido. En este sentido se concluye que un 78% casi siempre se vigila el reposo en cama, un 87% nunca se le orienta en la importancia de este reposo, un 74% tampoco se le informa del tratamiento que se le administra. Todos estos resultados hacen inferir que los enfermeros en objetos de estudio omiten o no cumplen a cabalidad su rol asistencial, en cuanto a la respuesta casi – siempre o nunca las cuales son indicativo de esto. Sin embargo un 96% responden las embarazadas que siempre le administran el tratamiento indicado por el medico. La vigilancia de uno de los signos para la prevención del trabajo de parto pretermino es la vigilancia de los fluidos uterinos donde el 87% de la muestra refieren no tener esa vigilancia por parte de la enfermera.

El antecedente anterior relaciona las mismas variables que el presente estudio tomando en cuenta que el principal cuidado de enfermería se en foca a la salud de la parturienta y el cumplimiento de la medicación. De igual manera se hace necesario destacar que solo se encontró en la revisión técnica hecha en los archivos de investigación de la biblioteca del área de salud de la universidad nacional experimental Rómulo Gallegos este único antecedente.



## Bases teóricas

### Adolescencia

Según la OMS en 2001 define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

### Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un auto cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.



c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas vana a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

#### 1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

#### 2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores

propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### 3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

### CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines pro creativos. Las



manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a

la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

#### A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. – Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente con o sin pareja.
5. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.



6. – Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. – Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – Fantasías de Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – Falta o distorsión de la Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

#### B. – FACTORES DETERMINANTES

1. – Relaciones Sin Anticoncepción.
2. – Abuso Sexual.
3. – Violación.
4. – Menor temor a enfermedades venéreas.



## ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

### A. – La adolescencia de las adolescentes embarazadas

Según la OMS 2001 La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión

sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

#### B. – Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser dependiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y



la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

### C. – EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las



urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

#### D. – CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

##### 1. – Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuros chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos ínter genésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. Se interpreta de lo anterior: las consecuencias son muy traumáticas para muchas jóvenes ya que los padres no permiten o no aceptan la condición en la que se encuentra su hija, saber que en un momento son niñas y de pronto van a ser madres, muchos padres les dan la espalda a estas jóvenes lo que trae como consecuencia que muchas de ellas piensan en el aborto, en formalizar un hogar pero muchas veces no es con el padre del hijo, en dar sus hijos en adopción, se van a la calle a trabajar lo que sea sin conocimiento alguno entre otras cosas.

## 2. – Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de nacer antes de la edad gestacional, de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.



Se interpreta de lo anterior: debido a todas esas circunstancias se produce una mala nutrición tanto intrauterina como extrauterina, trayendo como consecuencia deficiencia en el desarrollo físico y mental del niño, lo que a la larga trae para este niño problemas como una captación muy pobre en sus estudios (problemas de aprendizaje) que requieren ayuda de especialistas, problemas de conductas (por ser hijos de madres solteras, por falta del rol paternal, por escasez de recursos económicos, entre otros).

### 3. – Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

### ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestante como de alto riesgo obstétrico y peri natal.

La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son.

Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales.

La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.



Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y peri natal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

**A. – GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL**

1. Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
  1. Antecedente de abuso sexual.
  1. Enflaquecimiento (desnutrición).
  1. Estatura de 1,50 m o menor.
  1. Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
  1. Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.
  1. Nivel económico bajo.
  1. Familia disfuncional

**B. – GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL**

1. Menarca a los 11 años o menos.
1. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
1. Ser la mayor de los hermanos.

**C. – GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE  
O NO 27 DETECTABLE**

Incorpora a todas las demás adolescentes. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al

grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

## CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Según Prof. Dr. Juan R. Issler, revista de postgrado de la cátedra VI a medicina N°107 (2001) los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

### A. – PRIMER TRIMESTRE

#### 1. – Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

#### 2. – Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en un 5,7% de las adultas.

#### 3. – Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

#### 4. – Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

## B. – SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

### 1. – Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

### 2. – Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

### 3. – Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

### 4. – Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida



de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

#### 5. – Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

#### 6. – Parto Prematuro

Según El Manual Merck 1950 Se inicia el parto con el borramiento y dilatación del cuello antes de las 37 semanas de gestación. Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

Según Enfermería materno infantil 2002 Es aquel que se produce antes del fin de las 37 semanas de gestación.

Según encarta 2009 Un embarazo normal dura unas 40 semanas, o 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual. A veces las mujeres dan a luz mucho antes de la fecha esperada, lo que da origen a un niño prematuro. Un 7% de los niños que nacen son prematuros, es decir, nacidos antes de la semana 37 de embarazo. Los niños que nacen unas pocas semanas antes suelen desarrollarse con normalidad. Los últimos avances en el cuidado de niños prematuros permiten sobrevivir a muchas criaturas que nacen con 25 o 26 semanas.

#### 7. – Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad peri natal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

#### 8. – Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afectan al 9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

#### 9. – Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

#### 10– Otras Complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glicemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

#### RECIEN NACIDO PRETERMINO

Es todo aquel recién nacido cuya edad gestacional calculada a partir del primer día del último periodo menstrual es menor de 37 semanas completas. Los recién nacidos pretermino son de alto riesgo porque sus sistemas orgánicos están inmaduros y carecen de las reservas adecuadas de nutrientes corporales. Los problemas potenciales y las necesidades de cuidados del recién nacido pretermino que pesa



aproximadamente  $\leq 2000\text{gr}$  difiere de las de un recién nacido a término, postérmino o posmaduro de igual peso.

Los recién nacidos pretermino están en una clara desventaja cuando tratan de hacer la transición desde la vida intrauterina hasta la extrauterina, pero el grado de esta desventaja depende en principio de su nivel de madurez, si tienen trastornos fisiológicos y anomalías, estas también influirán en sus respuestas al tratamiento. En general, cuando más cercano se encuentre el recién nacido al término desde el punto de vista de edad gestacional y peso al nacer, más fácil será su adaptación al ambiente externo.

#### CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO

Tegumentarios	Morfológicos	Funcional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel se observa transparente y laxa,</li> <li>- Carece de grasa subcutánea,</li> <li>- Las venas se ven superficialmente,</li> <li>- Brazos y hombros cubiertos de lanugo,</li> <li>- Hay ausencia de vernix caseosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cabeza es más grande que el cuerpo,</li> <li>- El abdomen sobre sale,</li> <li>- Los genitales son pequeños</li> <li>- En las hembras sobre sale el clítoris sobre los labios mayores,</li> <li>- Las extremidades parecen cortas,</li> <li>- Ausencia de pliegues plantares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay hipotonía,</li> </ul>



## NECESIDADES

En el pretermino las necesidades de termorregulación y oxigenación son prioridad.

Oxigenación: En estos neonatos, en ocasiones hay que reanimar, por la ausencia de surfactante pulmonar, por presentar apnea, distress respiratorio o atelectasia. Por lo cual es conveniente un ambiente preparado con oxígeno.

Termorregulación: Debido a la carencia de grasa aislante, el neonato suele tener pérdida excesiva de calor, por lo cual se hace necesario secar rápidamente y colocar en incubadora con el calor apropiado para el recién nacido.

Alimentación o nutrición: Esta dependerá de las condiciones del recién nacido, la cual puede ser vía sonda oro gástrica, naso gástrica o endovenosa.

Afecto: Es necesario que este neonato sea muy estimulado, ya que esto impulsará la recuperación del mismo. Se le debe proporcionar apoyo a los padres y orientarlos que este neonato requiere mayor cantidad de afecto y cuidado.

## RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

### A. – peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad peri natal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

### B. – internación en neonatología

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

### C. – malformaciones

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

### D. – mortalidad peri natal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

## PRONOSTICO

### A. – materno

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo inter genésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.

### B. – fetal

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

## ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

### A. – el enfoque de riesgo

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

a. Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), una diálogo fluido con adulto referente,



un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

b. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.

## LA CONSULTA CON ADOLESCENTES

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

1. – Dificultad para el vínculo con el hijo
  - a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.
  - b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

## 2. – Perfil deseable del personal de salud para atender adolescentes

a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.

b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.

c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.

d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

## 3. – Contexto de la maternidad adolescente

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:



- a. Embarazo no planificado.
- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

4. – Objetivos del equipo de salud

- a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
- b. Fortalecer los vínculos familiares.
- c. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
- d. Brindar atención peri natal integral.

5. – Estrategias del equipo de salud

- a. Atención por equipo interdisciplinario.
- b. Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- c. Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
- d. Trabajar con personal de la institución que intervengan en la atención.

#### CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La práctica de enfermería requiere de conocimientos y habilidades precisas cuando se proporciona cuidado, según el marco de la enfermería clínica que centra su atención en la respuesta humana y no solo en la situación de enfermedad, es así que las adolescente embarazadas con o

sin trabajo de parto requieren de un cuidado individualizado donde el profesional de enfermería centre sus cuidados y atenciones hacia las necesidades propias de cada una de las embarazadas adolescente.

Según Cardenito (1998) la práctica clínica tiene un modelo bifocal porque "los problemas de los enfermos no todos son diagnósticos de enfermería; hay problemas interdependientes o complicaciones como resultado de la situación fisiopatológica o relacionada con el tratamiento, personales, ambiente y de madurez".

En relación a todo esto la profesional de enfermería debe individualizar su atención de acuerdo a cada individuo y a cada situación, por lo cual los cuidados a la embarazada con trabajo de parto pretermino son y deben garantizar el logro del objetivo y estar dirigido a satisfacer las necesidades de orientación, prevención así como controlar en gran medida las posibles complicaciones con el fin de llegar al término del embarazo de forma exitosa.



## TEST DE O'SULLIVAN.

Dentro de las pruebas rutinarias que te harán durante el embarazo está el Test de O'Sullivan. Es una analítica que se hace entre la semana 24 y 28, cuando tienen lugar los cambios hormonales más importantes que afectan a la producción de insulina.

Primero te harán una extracción de una muestra de sangre en ayunas. Luego tendrás que beber una solución de glucosa (agua con azúcar) y esperar una hora sin caminar ni comer. Transcurridos los 60 minutos te volverán a realizar una analítica para la determinación de glucemia (azúcar en sangre).

Si los resultados están dentro de los límites normales significa que tu organismo tiene un buen control de los niveles de glucosa. Si no, volverán a repetir la prueba hasta dos veces más para realizar una curva completa de tolerancia a la glucosa.

Si se detectara una diabetes gestacional, tu médico te dará un tratamiento basado en una dieta baja en calorías, realizar ejercicio físico y si fuera necesario, tratamiento farmacológico. **Resultados:** Si la cifra de glucemia es igual o inferior a 140 mg/dl, se considera que la prueba es positiva y la mujer debe someterse a otra prueba llamada curva de glucemia o test de tolerancia oral a la glucosa. Cuando es negativa, se descarta la diabetes gestacional.

Tabla I: Peso del nacimiento esperado entre las semanas 24 y 38 de la gestación

Edad gestacional (semanas)	Peso al nacer (gr.)	Madurez orgánica
24	700	Gran inmadurez
26	900	
28	1.100	
30	1.350	Inmadurez moderada
32	1.650	
34	2.100	
36	2.400	Limítrofes de inmadurez
38	2.600	

Tabla II: Test de vitalidad de Apgar

SIGNO	0	1	2
<b>Frecuencia Cardíaca</b>	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
<b>Esfuerzo Respiratorio</b>	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
<b>Tono Muscular</b>	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
<b>Respuesta a Estímulos (Paso de sonda)</b>	Sin respuesta	Muecas	Llanto
<b>Coloración</b>	Cianosis o Palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo



Tabla III: Puntuación Apgar / Tratamiento a realizar

Puntuación de Apgar	Tratamiento
A. 8, 9 ó 10 = Sin asfixia	<p>Sonrosado, activo, con buena respuesta, llanto, frecuencia cardiaca rápida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspiración suave de la vía aérea, incluidas las fosas nasales</li> <li>2. Secado cuidadoso, incluida la cabeza</li> <li>3. Mantener la temperatura corporal</li> <li>4. Realizar un examen breve</li> <li>5. Calcular la puntuación de Apgar a los 5 minutos</li> <li>6. Llevar al niño con sus padres</li> </ol>
B. 7, 6 ó 5 = Asfixia leve	<p>Ligeramente cianótico, movimientos con tono muscular disminuido, respiración superficial o periódica, frecuencia cardiaca &gt; 100:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Repetir los pasos 1, 2 y 3 de la parte A. de forma rápida y sucesiva</li> <li>2. Estimular la respiración mediante enérgicas palmadas en las plantas de los pies o frotamiento de la columna o el esternón</li> <li>3. Administrar oxígeno mediante bolsa de resucitación y mascarilla adaptada a la cara del niño</li> <li>4. Si el niño mejora, completar los pasos 4, 5 y 6 de la parte A cuando la puntuación de Apgar sea de 8</li> <li>5. Si la frecuencia cardiaca disminuye a 100 o inferior la puntuación de Apgar es <math>\leq 4</math></li> <li>6. Administrar 0,01 mg/kg de naloxone si la madre ha recibido un analgésico narcótico durante el trabajo de parto</li> </ol>
C. 4 ó 3 = Asfixia moderada	<p>Cianosis, tono muscular disminuido, esfuerzo respiratorio débil, frecuencia cardiaca enlentecida (&lt; 100):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Repetir los pasos 1, 2 y 3 de la parte A y pedir ayuda para poner monitores de frecuencia cardiaca de forma continua, tratar la vía aérea, proporcionar masaje cardiaco, etc. La reanimación del niño asfixiado de forma moderada o severa exige la presencia de tres personas</li> <li>2. Intentar estimulación breve y administrar oxígeno con mascarilla, si no se produce mejoría en 1 minuto, pasar al apartado siguiente</li> <li>3. Ventilar con mascarilla y bolsa utilizando oxígeno al 100 por 100 y presión adecuada para movilizar el tórax. Continuar ventilando hasta que la frecuencia cardiaca sea &gt; 100, el color sea sonrosado, y se inicia respiración espontánea. Si no se consigue movilizar el tórax de forma adecuada mediante la ventilación con mascarilla y bolsa, se debe de intubar</li> <li>4. Si la frecuencia cardiaca es &lt; 60, intubar e iniciar masaje cardiaco a una frecuencia de 2 compresiones/segundo utilizando el dedo pulgar sobre el esternón y el segundo y tercer dedo abrazando las espalda</li> </ol>
D. 2, 1 ó 0 = Sin grave	<p>Cianosis marcada, ausencia de tono muscular, ausencia de esfuerzo respiratorio o jadeos periódicos, frecuencia cardiaca lenta o ausente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intubar directamente, ventilación con bolsa y O<sub>2</sub> al 100 por 100 a 40/60 insuflaciones/minuto con presión suficiente para movilizar la pared superior del tórax</li> <li>2. Realizar masaje cardiaco</li> <li>3. Si la frecuencia cardiaca no es &gt; 100 después de 2 minutos de ventilación adecuada de oxígeno al 100% y masaje cardiaco,</li> </ol>

introducir un catéter en la vena umbilical y administrar drogas, la inserción del catéter se facilita cortando el cordón a 1-2 cm. de la pared abdominal. El catéter se debe introducir únicamente 2 o 3 cm. para evitar administrar soluciones hipertónicas en una pequeña vena hepática. Todos los líquidos deben de ser infundidos a través del catéter para asegurar su paso a la circulación central. El tratamiento con fármacos en la sala de partos tiene como objetivos la contractibilidad miocárdica y la frecuencia corrigiendo inicialmente la acción metabólica (2 a 4 mEq de  $\text{CO}_3\text{HNa/Kg}$  de peso) y proporcionando sustrato de carbohidratos (igual volumen de glucosa al 50%). Esta solución combinada de  $\text{CO}_3\text{HNa}$ -Glucosa puede ser infundida en 3-5 minutos. A continuación se puede administrar adrenalina (0,5 a 1 ml, al 1:10.000) o atropina (0,1 ml/kg) para revertir la bradicardia. Finalmente se puede inyectar una infusión lenta de 1 a 2 ml/kg de gluconato cálcico para aumentar de forma adicional el gasto cardíaco. Ninguno de estos fármacos es eficaz al menos que se haya conseguido una adecuada ventilación con oxígeno.

Si la frecuencia cardíaca es  $> 100$  y se ha conseguido una adecuada ventilación bien sea espontáneamente o de forma asistida, el uso de fármacos no es necesario en la sala de partos y el niño se debe de trasladar a la sala de Cuidados Intensivos. Allí, la medición de los signos vitales (incluidos frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea y temperatura), la gasometría arterial o capilar ( $\text{PaO}_2$ ,  $\text{PaCO}_2$  y pH) y una radiografía de tórax constituyen una base racional para la asistencia del niño. La administración de  $\text{CO}_3\text{HNa}$ , fármacos cardiotónicos o expansores plasmáticos no están exentas de riesgos. Su uso debe de quedar relegado hasta obtener los datos suficientes mediante los estudios anteriores siempre que se haya podido conseguir una ventilación adecuada y una frecuencia cardíaca  $> 100$  en la sala de partos.



Tabla IV: Valoración de la madurez del recién nacido. Haroldo Capurro

Variables					
<b>A. Físicas</b>					
Incurvación del pabellón auricular	Chato liso, sin curvación = 0	Incurvación del borde superior = 8	Incurvación del borde superior = 16	Incurvación total del pabellón = 24	
Características de la piel	Lisa y gelatinosa = 0	Fina y lisa = 5	Más gruesa, escasa de descamación = 10	Gruesa, descamación abundante = 15	Gruesa, fisurada y con descamación = 20
Nódulo mamario	No palpable = 0	Palpable < de 5 mm = 5	Palpable entre 5-10 mm = 10	Palpable > de 10 mm = 15	
Formación del pezón	Apenas visible, sin areola = 0	Diámetro < 7,5 mm = 5	Areola visible, lisa chata, diámetro > 7,5 mm = 10	Areola punteada, borde no levantado, diámetro > de 7,5 mm = 15	
Pliegues Plantares	Planta lisa, sin pliegues = 0	Marcas mal definidas sobre la parte anterior = 5	Marcas bien definidas sobre la parte anterior y surcos en 1/3 anterior = 10	Surcos en la mitad anterior = 15	Surcos en más de la mitad de la planta = 20
<b>B. Neurológicas</b>					
Maniobra de la bufanda	El codo alcanza la línea axilar anterior del lado opuesto = 0	Codo entre la línea media y la línea axilar anterior = 12	El codo alcanza la línea media = 12	El codo no alcanza la línea media = 18	
Sostén cefálico	Deflexión total de la cabeza ángulos mayores de 270° = 0	Control cefálico parcial, ángulo entre 180° - 270° = 4	Capaz de mantener cabeza en línea con el cuerpo 180° = 8	Lleva la cabeza anterior al cuerpo ángulo menor 180° = 12	

Tabla V: Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)
















Test Silverman	2	1	0
<b>Quejido espiratorio</b>	 Audible sin fonendoscopio	 Audible con el fonendoscopio	 Ausente
<b>Respiración nasal</b>	 Aleteo	 Dilatación	 Ausente
<b>Retracción costal</b>	 Marcada	 Débil	 Ausente
<b>Retracción esternal</b>	 Hundimiento del cuerpo	 Hundimiento de la punta	 Ausente
<b>Concordancia toraco-abdominal</b>	 Discordancia	 Hundimiento de tórax y el abdomen	 Expansión de ambos en la inspiración

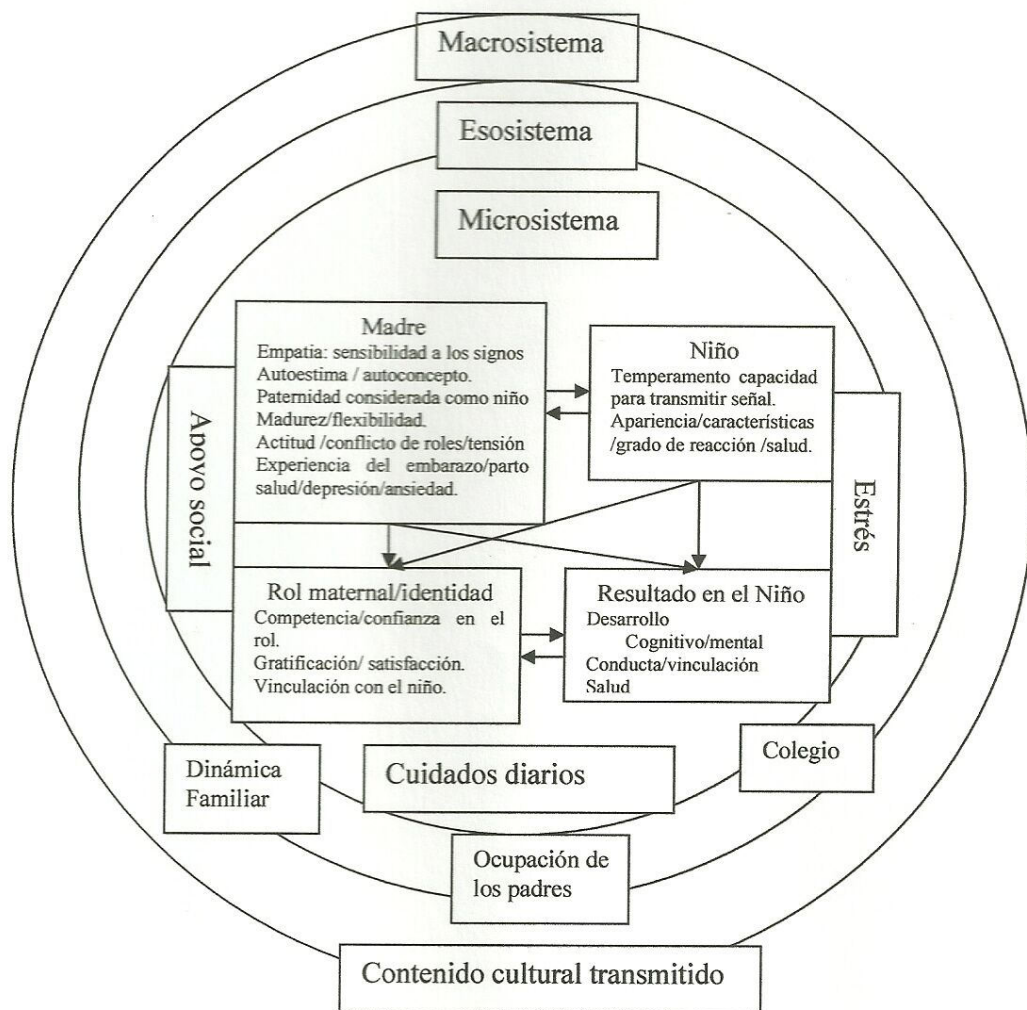


Tabla VI: Constantes vitales normales

Edad	Peso/Kg	F.C.: lpm	F. R.: rpm	T <sup>a</sup> : °C piel	Tensión Arterial: mm Hg	
					Sistólica	Diastólica
Pretérmino	1	140 - 160	40 - 60	35,8 - 36,8	39 - 59	16 - 36
RN	3 - 4	120 - 180	30 - 50	36,0 - 36,8	50 - 75	30 - 50

### Teoría de Ramona Mercer

Para efecto de la presente investigación se toma como teoría relacionada con el tema la de Ramona Mercer (1980), la cual se centra en la adopción del rol maternal, una de sus primeras investigaciones fue la relacionada con la madre adolescente durante su primer año de maternidad, entre las variables maternas encontramos: la edad del primer parto, la experiencia en el parto, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social.





Tomado de marriner (2002) Explica como la madre se relaciona física, social, biológica y espiritualmente con su hijo en condición de dependencia y responsabilidad en la crianza y por supuesto en los cuidados diarios orientados en un contexto multifuncional que incluye la participación de la familia, la cultura, el ambiente y la vinculación con su entorno.

## Bases legales

### CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

La constitución de la república bolivariana de Venezuela (1999) establece:

De los derechos sociales y de las familias.

Artículo 83: la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Estos artículos hacen referencia a que el estado está en la obligación de garantizar el derecho a la salud. El sistema de salud está en manos del estado y debe ser gratuito, integral, universal, solidario. Se dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. El servicio público de salud no podrá ser privatizado.



## LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Artículo 44 Protección de la maternidad. El Estado debe proteger la maternidad. A tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres.

Artículo 45 Protección del vínculo materno-filial. Todos los centros y servicios de salud deben garantizar la permanencia del recién nacido o la recién nacida junto a su madre a tiempo completo, excepto cuando sea necesario separarlos o separarlas por razones de salud.

Artículo 50. Salud sexual y reproductiva. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños, niñas y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2003)  
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN  
LAS Y LOS ADOLESCENTES

Objetivo general: Unificar estrategias para la prestación de la atención integral de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, con énfasis en la promoción de la calidad de vida y salud, garantizándoles su crecimiento y desarrollo biopsicosocial en forma adecuada con el propósito de reducir la morbilidad en este grupo poblacional.

Disposiciones generales:

- Todo establecimiento de salud de I II y III nivel de atención debe brindar atención por personal capacitado en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. En función de la prioridad en esta área, el equipo de salud vigilara la atención de problemas como embarazo en adolescente, infección de transmisión sexual incluyendo VIH/sida, violencia domestica intrafamiliar, abuso y explotación sexual y el aborto.
- Garantizar plenamente los derechos a la atención a la salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes, incluyendo información, educación, servicios y tratamiento en forma integral oportuna y específica, con calidad y con calidez, salvaguardando su intimidad confidencialidad, respeto y libre consentimiento sin discriminación alguna de genero, orientación sexual, necesidades especiales, conflictos con la ley y riesgo social.
- Prevenir embarazos sucesivos a través de desarrollo de programas de planificación familiar.
- Desarrolla estrategias de formación, educación y comunicación, sobre sexualidad en la adolescencia y su desarrollo, incluyendo factores de riesgo y protectores para la salud y desarrollo dirigido a adolescentes así como a su familia y comunidad.



- Prevenir el aborto en condiciones de riesgo y sus consecuencias, incluyendo información asesoria atención médica y auto cuidado.
- Brindar asesoramiento, información, educación y servicios en prevención de ITS y anticonceptivos a los y las adolescentes sexualmente activos.
- Garantizar la detección, prevención y atención oportuna del abuso y explotación sexual en la adolescente brindando asesoramiento, apoyo psicosocial, atención medica, anticoncepción y orientación legal.
- Garantizar el acceso a programas rehabilitación a las y los adolescente involucrados en situaciones d violencia domestica y sexual
- Garantizar el asesoramiento y apoyo psicosocial oportuno, sobre sexualidad en adolescencia y su desarrollo
- Desarrollar las actividades de educación sexual formal y formal, dirigidas a adolescentes, familia y comunidad.

#### Campo de aplicación

El campo de aplicación de este manual lo constituyen los servicios de salud públicos y privados y regula la prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que se brindan en los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y es de obligatorio cumplimiento

#### Atención prenatal en adolescentes

- Población objeto: la población objeto del programa son las adolescentes embarazadas entre los 10 – 19 años, que se divide según las fases del proceso evolutivo puberal y psicosocial en los 3 subgrupos.
  - Población de 10 a 13 años: adolescencia temprana.

- Población de 14 a 16 años: adolescencia media.
- Población de 17 a 19 años: adolescencia tardía.

### Cobertura

Se atenderá de acuerdo a las realidades epidemiológicas y a los recursos disponibles, se sugiere:

- consulta prenatal = 60 % en instituciones publicas.
- Atención del parto institucional = 100 %

### Factores de riesgo

#### Biológicos.

- menarquia temprana
- Actividad coital temprana.
- Relaciones sexuales de 3 o mas parejas en un año.
- Abortos
- Embarazos anteriores.
- Periodo ínter genésico corto.
- Adolescentes con necesidades especiales.

#### Psicosociales:

- Embarazos anteriores.
- Ser hija o hermana de madre adolescentes.
- Abuso sexual, maltrato y violencia dosmetica.
- Ausencia de un proyecto de vida.
- Prostitución infantil y de adolescentes.
- exaltación de la maternidad como única vía de realización de la mujer
- tabaquismo, alcoholismo, uso y abuso de drogas.
- Pobreza, analfabetismos, bajo nivel educativo.



- Hacinamiento y promiscuidad en el ámbito familiar.
- Exclusión social del adolescente.
- Alto grado de influencia de los medios de comunicación social en la degradación de la sexualidad, la pornografía y a exaltación del erotismo.

Periodo de parto y puerperio inmediato:

Se extiende desde el inicio del trabajo de parto y termina con el posparto hasta las primeras 24 horas.

Actividades

- Atender a la adolescente durante el parto, incorporando a otros miembros del equipo de salud bien entrenados para orientarlas y apoyarla durante el trabajo de parto.
- Fomentar el apego precoz.
- Suministrar apoyo información y educación para la salud a la adolescente y su pareja en lactancia materna, cuidados de mamas y región perianal y cuidados generales del neonato.
- Ofrecer asesoría legal en caso de rechazo o desición de dar en adopción a su hijo (a).

Periodo postnatal

Este periodo comienza al finalizar el embarazo, hasta 56 días posparto.

- Primer control: En la primera semana
- Segundo control: En la segunda semana
- Tercer control: En la tercera semana
- Cuarto control: En la cuarta semana.

## Actividades

- Examen físico integral que incluya: Estado emocional, control de signos vitales, evaluación de mamas, involución uterina, características de los loquios, estado de episiorrafia, detección precoz de complicaciones (endometritis, mastitis, dehiscencia de episiorrafia, absceso de pared abdominal en caso de cesárea, depresión posparto).
- Ofrecer asesoría en lactancia materna a las adolescente, su pareja y a su grupo familiar promoviendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.
- Brindar información y orientación oportuna y proveer de métodos de planificación familiar a las adolescentes y su pareja.

## CÓDIGO DEONTOLÓGICO

El presente código acoge y celebra en toda enfermera (o), los deberes y derechos del profesional descrito en los principios éticos y deontológicos.

Artículo 2: La máxima defensa de la enfermera (o) es el bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud, en él respecto a la vida y a la integridad del ser humano. Este artículo señala que los profesionales de enfermería deben en todo momento salvaguardar el bienestar social, promoviendo y resguardando la salud, respetando la vida y la integridad del ser humano.

Artículo 3: La enfermera (o) tendrá como norte en sus actos, prestar sus servicios profesionales al individuo, familia y comunidad, con responsabilidad, eficiencia, capacidad, mística y verdadera vocación. El objetivo fundamental del profesional de enfermería en el desempeño de sus funciones es proporcionar sus servicios al individuo, familia y comunidad con una conducta profesional de una manera responsable, eficiente con mística y verdadera vocación.



La enfermera(o) debe mantener un respeto hacia el individuo, familia y comunidad salvaguardando sus derechos como profesional, promoviendo y resguardando la salud respetando la vida y la integridad de cada ser humano.

Párrafo único: La responsabilidad fundamental de la enfermera (o) en su campo, debe mantener en todo tiempo el más alto estándar de cuidado de enfermería y de la conducta profesional.

Artículo 11: La enfermera debe manejar con libertad normas y criterios científicos que le permitan precisar la atención adecuada al estado del enfermo. Este artículo hace referencia a que los profesionales de enfermería deben mantener la competencia mediante el aprendizaje continuo. El profesional de enfermería debe emplear normas y criterios científicos que le permitan establecer la atención adecuada al individuo enfermo.

La enfermera (o) debe mantener una continua retroalimentación de sus conocimientos siempre manteniendo el contacto con los avances científicos y así prestar un buen servicio.

**Objetivo general:** Determinar los factores que influyen en el número de nacimientos preterminos en adolescente.  
**Variable:** Parto pretermino

**Definición conceptual:** Nacimientos de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación.  
**Definición Operacional:** Nacimientos vivos de menos de 37 semanas por F.U.R.

Dimensión	Indicador	Sub – indicador	Ítems
Culminación anticipada del embarazo con un producto vivo no maduro.	Recién nacido inmaduro.	Recién nacido de menos de 36 semanas de gestación por F.U.R. y test de capuro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cálculo de edad gestacional por F.U.R. (fecha de última regla).</li> <li>- Escala de valoración de capuro: peso, talla, pliegues plantares, pabellón auricular.</li> </ul>



**Objetivo general:** Determinar los factores que influyen en el número de nacimientos preterminos de embarazos en adolescentes  
**Variable:** Embarazo precoz

**Definición conceptual:** Comienzo de embarazo a muy temprana edad sin el desarrollo físico y mental adecuado (OMS).  
**Definición Operacional:** Comienzo de embarazo a muy temprana edad.

Dimensión	Indicador	Sub - indicador	Ítems
Ejercicio de la función sexual de manera irresponsable ignorando la capacidad reproductiva en la adolescente debido a la inmadurez psicobiológica.	1- Conocimiento de los métodos anticonceptivos. 2- Relaciones sexuales fortuitas. 3- Múltiples parejas. 4- Conocimiento del ciclo fértil. 5- Familia disfuncional. 6- Cultura familiar heredada.	1.1- Uso de métodos de barrera para prevenir el embarazo. 2.1-Inmadurez psicosocial. 3.1-Pocos valores morales. 3.2-Deterioro de los valores culturales. 4.1-Control cronológico menstrual por escrito. 5.1-Configuración familiar. 6.1-Relaciones culturales familiares.	1.1- Anticonceptivos, - Condón masculino y femenino, - Espermicidas, - Diafragma 2.1- Hábitos de sexualidad y N° de parejas. - Responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad. 3.1- Educación deficiente. 4.1- Conoce su ciclo fértil. 5.1- Familigrama. 6.1- Hábitos de consumo, Relaciones de ayuda, integración familiar.

### **Capítulo III**

#### **Marco Metodológico**

En este capítulo se describe la metodología utilizada para este trabajo de investigación describiendo el tipo de investigación, población y muestra, recolección de datos, validez, confiabilidad, técnicas para el análisis y presentación de resultado.

##### **Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación esta enmarcado en un estudio descriptivo con un diseño de campo. Según sabino (1992) una investigación de campo es aquella que se refiere a los métodos a emplear cuando los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, durante el trabajo concreto del investigador y sus equipos. Estos datos obtenidos directamente de la experiencia empírica, denominación que alude al hecho que son datos de primera, originales, producto de una investigación en curso de ninguna naturaleza. La investigación que se adelanta fue de campo pues los datos fueron recabados en el lugar de los hechos, es decir en el ambulatorio de Prados en Rosario de Paya, Turmero Edo. Aragua

La investigación descriptiva según Carlos Méndez Álvarez (2001) es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación. Se aplica la investigación descriptiva por cuanto la descripción de los hechos referidos en el Cuidados de enfermería en la prevención del parto pretermino en adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> de edad en la Comunidad de Prados de Paya Turmero Edo. Aragua en el periodo Junio – Octubre 2009.



## Población y Muestra

La población de una investigación es definida por Tamayo y T (1999) como el conjunto o totalidad de elementos, personas, objetos, que tienen al menos una característica común susceptible de estudio, observación o medición.

La población de la presente investigación estuvo conformada por 51 adolescentes embarazadas en la Comunidad de Prados en Rosario de Paya Turmero, Edo. Aragua.

La muestra según Morales (1994) señala que la muestra es "Un subconjunto del conjunto total de la población" a razón de este estudio la muestra estuvo conformada de forma intencional por:

<b>Edades</b>	<b>Frecuencia</b>
13 años	01
14 años	03
15 años	10
16 años	16
17 años	12
18 años	09
Total	51

Fuente: Registro del programa de salud sexual y reproductiva del ambulatorio de Prados 2009.

## TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica e instrumento de recolección de datos son:

Según Carlos Muñoz (1998) las técnicas de recolección de datos es una serie de preguntas impresas donde el encuestado responde de acuerdo con su criterio y proporciona antecedentes útiles al investigador.

De acuerdo con la problemática planteada se utilizó como técnica de recolección de datos; la encuesta que según canales (2001) "consiste en obtener información de los sujetos reestudio, proporcionada por ellos mismo" y fue lo que nos ayudó a recolectar la información suministrada por la persona encuestada mediante una serie de preguntas formulada a fin de obtener la información necesaria para la realización de la investigación.

Embarazos en adolescente desde Enero – Septiembre del 2009

Ambulatorio de prados

Edades	T r i m e s t r e		
		fr.	%
12 <sup>a</sup> a 18 <sup>a</sup>	I	24	47
	II	12	24
	III	15	29
Total		51	100%

Fuente: Registro del programa de salud sexual y reproductiva del ambulatorio de Prados 2009.



Tabla de % del programa de salud sexual y reproductiva del Municipio Santiago Mariño

<b>Municipio sector</b>	<b>Población total De embarazadas</b>	<b>%</b>
Municipio S. Mariño < 19 años	539	8.89
Prados de Paya < 19 años	51	0.84
Municipio S. Mariño todas las edades	5472	90.26
Total	6062	100%

Fuente: Registro del programa de salud sexual y reproductiva del ambulatorio de Turnero 2009.

Tabla de % del programa de salud sexual y reproductiva de la comunidad de Prados Rosario de Paya.

<b>Municipio sector</b>	<b>Población total De embarazadas</b>	<b>%</b>
Prados de Paya < 19 años	51	9.46
Municipio S. Mariño < 19 años total	539	100%

Fuente: Registro del programa de salud sexual y reproductiva del ambulatorio de Turnero 2009.

## Análisis de datos

Mediante la información recabada por el instrumento y en el ambulatorio de Prado y Turmero, pudimos constatar que hay un incremento de la población de adolescente embarazadas, quien nos dice que un 9.46% es la representación total de las adolescentes embarazadas en la comunidad de Prados en Rosario de Paya con respecto al total 539 adolescentes embarazadas del Municipio Santiago Mariño y que a su vez representa el 0.84% de toda la población gestante del Municipio (6062).



## Instrumento

1.- ¿Qué cuidados tienes tú, con respecto a tu condición de embarazada?

Fumas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Duermes las 8 horas nocturnas completas diarias (te desvelas):

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Consumes bebidas alcohólicas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Realizas labores domesticas forzadas (Pasar coletos, levantar objetos pesados, etc.): Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2.- ¿Tienes conocimiento sobre los cuidados que se debe tener en cuanto a un niño prematuro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3.- ¿Asistes mensualmente a tu control prenatal, cumples todas las orientaciones que te dice la enfermera? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4.- ¿Crees que el embarazo a temprana edad puede traer alteraciones para el niño? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5.- ¿Como te sientes emocionalmente con tu embarazo?

\_\_\_\_\_

Como se portan tus padres con respecto a tu embarazo:

\_\_\_\_\_

Recibes apoyo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Como se porta el padre del bebe, contigo antes y durante el embarazo  
(te respeta física y emocionalmente):

\_\_\_\_\_

Es deseado, accidental tu embarazo: \_\_\_\_\_

6.- ¿Haz tenido abortos o pérdidas antes de este embarazo:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por que:

\_\_\_\_\_



## Conclusiones

Una vez realizado el proceso de investigación y analizado los resultados referidos a la enfermera (o) en el Cuidados de enfermería en la prevención del parto pretermino en adolescentes de 12<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> de edad en la Comunidad de Prados de Paya Turmero Edo. Aragua en el periodo Junio – Octubre 2009 se puede concluir:

En primer lugar estos profesionales de enfermería deben cumplir un rol preventivo y asistencial en estas embarazadas, en vista de que a través de la prevención se pueden evitar en un mayor grado las complicaciones del trabajo de parto pretermino. El primer objetivo específico para la presente investigación se formulo el Identificar las causas de embarazos en adolescentes en la Comunidad de Prados en Rosario de Paya, en este sentido se concluye que estos profesionales del área de la salud mantienen una comunicación a medias con la comunidad y la familia como tal en lo relacionado con las relaciones interpersonales, en este aspecto el profesional de enfermería debe asumir el rol comunitario para el cual nos formamos, ya que a través de la comunicación con la familia y la comunidad se pueden determinar los problemas existentes en nuestros jóvenes, generarles confianza y motivación para que de esta manera la comunidad y la familia considere a la enfermera como un profesional que presta sus servicios en beneficio de ellos.

En tal sentido se debe afianzar más el rol educativo del profesional de enfermería hacia las comunidades y la familia para de esta manera concienciar a nuestros jóvenes en el rol que les toca vivir.

## Referencias bibliograficas

Berkow, Robert. 1989 El Manual Merck de diagnostico y terapéutica.

Lowdermilk leonard, perry shannon, bobak Irene, 1987 Enfermería materno infantil.

Grupo océano 1976 Nuevo manual de la enfermería.

Tomey, Ann marriner. 2002 4<sup>ta</sup> edición Modelos y teorías de enfermería.

Organización mundial de la salud 2001 la adolescencia, la adolescente embarazada.

Carpenito, linda. 1994 planes de cuidado y documentación en enfermería. España.

Código deontológico de enfermería 1999. Caracas, Venezuela.

Diccionario Mosby 2001 4<sup>ta</sup> edición España.

Méndez, C. 2001 metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación. Guía de consulta elaborada.

Muñoz, C. 1998 Como elaborar y asesorar una investigación de tesis. México.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999.

Ley orgánica protección del niño, niña y adolescente.

Programa nacional de salud sexual y reproductiva 2003. Ministerio del poder popular para la salud. Venezuela.

Tamayo y Tamayo, 1996 El proceso de la investigación científica.

Limusa Noriega editores. México.



Microsoft encarta 2009.

Manual de trabajo de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. UPEL 2001.