

F.C.M.- U.N.C.- M. De S.
ESCUELA DE ENFERMERÍA
4° AÑO. CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ADOLESCENTES CON PARTOS PREMATUROS.

AUTORES:

Avendaño, Teresa. Matrícula N° 1034
Constancio, Teodocia. Matrícula N° 956



MENDOZA, MAYO DEL 2003

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y la misma no podrá ser publicada en Todo o en parte o resumirse, sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o Autor/es del Trabajo.

Investigación Aprobada :

Integrantes del Tribunal Examinador:

Fecha : -----

P R Ó L O G O

El embarazo en esta etapa aumenta los riesgos para la madre adolescente como para su hijo, con consecuencias negativas tanto para las jóvenes que asumen precosmente su maternidad, sin la debida preparación, como para toda la sociedad. También la adolescente se encuentra condicionada por características sociales, culturales y económicas.

Se puede conciderarla como un fenómeno social, constituyendo un problema de salud en el presente y en el futuro.

Se ha tomado este tema con mucha delicadeza, para poder realizar este trabajo hubo que recurrir a selección variada de bibliografía, datos de historias clínicas y a la gentil colaboración de las adolescentes.

INDICE

Prólogo	IV
Indice general	V
Indice de tablas y gráficos	VII
Introducción	1
Enunciado del Problema	2
Justificación del Problema	2
Objetivo general y específicos	2
Marco Teórico	3
Causas de prematurez	3
Factores preconceptionales	3
Factores obstétricos durante el embarazo actual	4
Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación	5
Factores fetales	5
Iatrogenia médica	6
Control prenatal	6
Actividades propuestas para las consultas prenatales	7
Aspectos psicológicos	8
La repercusión sociológica del embarazo en la joven adolescente	9
La experiencia del parto	10
El vinculo con el hijo	10
Vinculo con la pareja	10
Vinculo con los padres	11
La actitud del equipo de salud	11
Parto	12
Parto normal y cesárea (ventajas y desventajas)	12
El rol de la enfermera	13
Hipótesis y variables	14
Diseño Metodológico	15

Tipo de estudio	15
Area de estudio	15
Operacionalización de las variables	16
Categorización de datos	17
Universo, muestra y unidad de análisis	21
Fuentes, técnicas e instrumento de recolección de datos	21
Procedimiento de recolección de datos de tabulación y análisis	22
Tablas y gráficos	24
Análisis	41
Conclusión	42
Recomendaciones	44
Anexos	45
Cédulas: introducción	46
Encuesta: factores de riesgos sociales	47
Guía de observación: factores de riesgos psicológicos	48
Planilla de registro: factores de riesgos biológicos	49
Referencias de la tabla matriz	50
Tabla Matriz	51
Cronograma de actividades	52
Bibliografía	53
Fuentes	55

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N° 1: Adolescentes con partos prematuros, por edad.	22
Tabla y Gráfico N°: 2: Adolescentes con partos prematuros, por patologías	23
Tabla y Gráfico N° 3: Adolescentes con partos prematuros, por vía del parto.	24
Tabla y Gráfico N° 4: Adolescentes con partos prematuros, por estado civil.	25
Tabla y Gráfico N° 5: Adolescentes con partos prematuros, por escolaridad.	26
Tabla y Gráfico N° 6: Adolescentes con partos prematuros, por controles prenatales.	27
Tabla y Gráfico N° 7: Adolescentes con partos prematuros, por con quien vive.	28
Tabla y Gráfico N° 8: Adolescentes con partos prematuros, por relación con el padre del bebé.	29
Tabla y Gráfico N° 9 Adolescentes con partos prematuros, por visita del familiar.	30
Tabla y Gráfico N° 10: Adolescentes con partos prematuros, por aptitud.	31
Tabla y Gráfico N° 11: Adolescentes con partos prematuros, por actitud.	32
Tabla y Gráfico N° 12: Adolescentes con partos prematuros, por controles prenatales según escolaridad.	33
Tabla N° 13: Porcentajes horizontales de adolescentes con partos prematuros, por controles prenatales según escolaridad.	34
Tabla N° 14 y Gráfico N° XIII: Adolescentes con partos prematuros, por edad según controles prenatales.	35
Tabla N° 15: Porcentajes horizontales de adolescentes con partos prematuros, por edad según controles prenatales.	36
Tabla y N° 16 y Gráfico N° XIV: Adolescentes con partos prematuros, por relación con el padre del bebé según con quien vive.	37
Tabla N° 17: Porcentajes horizontales de adolescentes con partos prematuros, por relación con el padre del bebé según convivencia	38

INTRODUCCIÓN

Nuestro interés de estudio en el siguiente trabajo de investigación es comprobar algunas de las causas que influyen en el aumento de los partos prematuros en adolescentes, dicho trabajo se realizara en el Servicio de la Maternidad (en salas de puerperas) del Hospital Luis Lagomaggiore de la ciudad de Mendoza, República Argentina.

Las condiciones de desnutrición, los aspectos sociales, económicos, culturales, malformaciones maternas y enfermedades maternas no controladas son factores principales de partos prematuros. Y si agregamos la edad de la madre, que según distintas circunstancias psicosociales pueden producir factores de riesgo que llevan a partos prematuros y a veces a la muerte del recién nacido.

La prematurez constituye uno de los más graves problemas perinatales y gran parte de los esfuerzos en la medicina de estos últimos años están dedicados a encontrar soluciones para los interrogantes que esta situación plantea. Por ello consideramos en la presente investigación es estudiar cuales son las causas que llevan a las adolescentes a tener partos prematuros. La preocupación de conocer estos factores de riesgo posibilita al profesional de enfermería cumplir un rol preponderante dentro del equipo de salud.-

Enunciado del problema:

¿ Cuales son los factores de riesgo en jóvenes adolescentes con partos prematuros, internadas en el Hospital Luis C. Lagomaggiore, de la provincia de Mendoza de la República Argentina en el mes de julio y agosto del año 2001? .-

Justificación del problema:

Consideramos que es relevante el tema a ser investigado ya que el numero de casos de adolescentes parturientas en el año 2001 fueron aproximadamente 1500, de los cuales el 20% fueron partos prematuros. Es por ello que se cree importante identificar cuales son las causas que llevaron a estos hechos para luego poder implementar programas o proyectos que tendrán a dar respuestas al problema planteado,-

Objetivo General:

- ♦ Contribuir a disminuir las causas de parto prematuro en adolescentes.

Objetivo Especifico:

- ♦ Disminuir factores de riesgo del embarazo en adolescentes.
- ♦ Lograr una atención integral de la adolescente durante toda la etapa del embarazo.
- ♦ Promover el control de embarazo en adolescentes.
- ♦ Capacitar al equipo de salud en la atención especial de la adolescente embarazada.

MARCO TEORICO

Si bien el organismo femenino adquiere la capacidad reproductiva un tiempo variable después de la menarca, la edad para tener su primer hijo varia según diferentes circunstancias sicosociales. Cuando el embarazo sobreviene a una edad en que hay un consenso social para el mismo, no genera mayores problemas, pero cuando esta premisa no se cumple, la mujer, en nuestro caso una adolescente, se enfrenta a una serie de contingencias muy variables, cuyas características, orígenes y consecuencias pasaremos a analizar.

(1) Causas de Prematurez:

Todas las causas de partos prematuros sería sumamente extensos y seguramente caerían en el olvido de alguna. Por ello trataremos de subdividir las principales en:

- a)- Factores preconcepcionales.
- b)- Factores obstétricos durante el embarazo actual.
- c)- Complicaciones obstétricos que obligan a la interrupción de la gestación.
- d)- Causas fetales aisladas.
- e)- Iatrogenia médica.

Factores Preconcepcionales:

Se considera todo lo relacionado con una mayor incidencia de prematurez en madres que aún no estando embarazadas poseen antecedentes que estadísticamente aumentan el riesgo de un embarazo pretermino, como ser:

- a) - Aspectos socioeconómicos – culturales.

Estos aspectos influyen negativamente ya que la desnutrición materna por hipoadministración sumada a un medio distante de ser optimo suele llevar a una alteración del crecimiento fetal que perpetúa el círculo pobreza-desnutrición-pobreza a través de las generaciones. Las necesidades nutricionales de la joven dependen del

(1) Opere. Citate. Obra Citada: Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaria de Recursos y Programas de Salud. Publicaciones de la Dirección de Maternidad e Infancia. Situación de las Patologías Prevalentes." Volumen I. Año 1993.-

desarrollo adolescente y sus cambios fisiológicos, como también la presencia de embarazo o lactancia. Los riesgos alimentarios se incrementan durante la gestación, pudiendo cursar con anemia y otras carencias específicas, que colocan a la joven en peligro tanto para su embarazo como para su crecimiento. Y gravita negativamente sobre el estado de nutrición materno-fetal, con riesgos de partos prematuros. Si agregamos a esta problemática a las madres adolescentes (menores de 19 años), con parejas no estables y embarazos generalmente no deseados, hallaremos una gran población con riesgo de gestar prematuros. Además, y como consecuencia lo anterior, en este grupo se observa un deficitario control prenatal

b) - La multiparidad, el intervalo intergenésico corto (3 meses entre parto y nueva gestación) y el antecedente de un hijo anterior pretermino suelen ser también factores condicionantes.

c)- Malformaciones maternas congénitas o adquiridas a nivel del aparato genital femenino pueden ser causas de partos inmaduros o pretérminos con muy bajo peso de nacimiento; lo mismo ocurre con la incompetencia cervical.

d)- Enfermedades maternas no controladas: hipertiroidismo o hipotiroidismo, por ejemplo, o adicciones maternas a drogas, suelen complicar una gestación con una elevada morbimortalidad perinatal.

Factores Obstétricos Durante el Embarazo Actual.

a)- El embarazo múltiple es causa frecuente de gestaciones que finalizan en partos preterminos; lógicamente, el contenido aumentado del útero desencadena precozmente el trabajo de parto.

b)- La rotura prematura de membranas es la causa más frecuente de inicio de parto prematuro.

Su incidencia es tres veces superior con relación al Recién Nacido de término, con su lógica correlación de infección perinatal y depresión neonatal elevada. La uteroinhibición farmacología y el reposo, el monitoreo epidemiológico y el diagnóstico temprano de sufrimiento fetal deben ser prioritarios ante esta complicación obstétrica, con el propósito de evitar la elevada morbimortalidad perinatal.

c)- La infección urinaria suele estar entre las causas de partos prematuros. Aunque su mecanismo de acción no se conoce, se especula sobre su relación con sustancias liberadas por las bacterias (endotoxinas) que se alojan en el árbol urinario.

Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación

En algunas circunstancias es necesario interrumpir la gestación por causas maternas o fetales que ocasionan alto riesgo de muerte fetal. Las situaciones más frecuentes son:

a)- Metrorragia. La placenta previa total o marginal baja suele complicar la duración de la gestación, ya que el inicio de trabajo de parto, por mínimo que sea, desencadena hemorragias de distinta magnitud que puede comprometer la vida de la madre. El desprendimiento de la placenta normoinsertada produce a veces episodios cataclísmicos que obligan a actuar en forma inmediata para evitar desenlaces fatales por ambas partes (madre e hijo).

b)- Toxemia gravídica grave o hipertensión arterial del embarazo, cuyo vasculopatía repercute en el estado general de la madre y del feto, otorgándole a éste un medio uterino inadecuado.

c)- Isoinmunización al sistema Rh grave. En estos casos se debe actuar con prontitud para evitar que se llegue a grados avanzados de complicación (hidrops fetal), que son causa de muerte fetal o neonatal temprana.

d)- Diabetes que complica el embarazo, principalmente en sus clases más avanzadas, con descompensación materna, o en aquellos casos en que los indicadores de salud fetal señalan un alto riesgo de muerte intrauterino.

Factores Fetales

La patología propia del feto puede ocasionar un parto prematuro. Las causas más frecuentes son:

a) - Las infecciones adquiridas durante la gestación (toxoplasmosis, lúes, rubéola, citomegalovirus, chagas, hepatitis, herpes) pueden condicionar gestaciones interrumpidas, y en determinadas ocasiones (rotura prematura de membrana, por ejemplo) la infección es causa suficiente para interrumpir un embarazo.

b) - Las malformaciones congénitas, sobre todo aquellas que comprometen uno o más sistemas, inclusive las incompatibles con la vida, pueden ser causa aislada de aborto, parto inmaduro y prematuro, siendo más frecuentes las dos primeras.

Iatrogenia Medica

Ante el desconocimiento de la real edad gestacional se llega a una interrupción deliberada de la gestación (generalmente por cesárea), lo que produce obviamente severas complicaciones neonatales.-

Las situaciones antes mencionadas se ven agravadas por la edad de la gestante y la situación sicosocial de censura. Por eso es importante en este tema no reducirlo a números sino tener también en cuenta los factores sicosociales que pueden influir, variando los resultados biológicos finales.

(2) Control Prenatal

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

El Control Prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

Un Control Prenatal eficiente debe cumplir cuatro requisitos básicos.

- Precoz.
- Periódico.
- Completo.
- De amplia cobertura.

Precoz: tratando de que sea efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de salud así como la detección temprana de los embarazos de riesgo.

(2) Opere. Citate. Obra Citada: Gobierno de Mendoza. Ministerio de Desarrollo Social y Subsecretaría de Salud. Publicaciones de la subsecretaría de Salud. "Propuestas Normativa Perinatal"

Volumen II. Año 1993.-

Periódico: la frecuencia de los controles varia según el riesgo, requiriendo, las embarazadas de bajo riesgo, un control mensual con un total mínimo de cinco controles.

Completo: los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura: solo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto, se podrán disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Actividades propuestas para las consultas prenatales

La primera consulta permite confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general, favorecer la disposición a la lactancia, descartar patologías y en función de lo antedicho, de los hallazgos clínicos, los factores socioculturales y sanitarios, determinar una calificación primaria de riesgo, para poder así definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de asistencia.

Se puede, en esta primera consulta, investigar algunos factores de riesgo (como antecedente de feto muerto o de un Recien Nacido de bajo peso, la gran múltiparidad, el analfabetismo, etc.), que fueron identificados, en estudios epidemiológicos efectuados en la población de la región, como fuertemente asociados a patologías prevalentes.

Se plantean una serie de estudios de rutina y otros dirigidos de acuerdo con las patologías detectadas.

El valor de esta entrevista inicial se minimiza si es tardía.

No obstante puede ser la única vez en que la embarazada se pone en contacto con el equipo de salud, contabilizándose como oportunidad perdida si no se logra un examen lo más completo posible y la transmisión de contenidos de educación para la salud básica en esa etapa.

En consultas siguientes están dirigidas a controlar los cambios fisiológicos que el proceso de la reproducción ejerce sobre el binomio feto-materno. Se trata de

pesquisar complicaciones (gestosis, diabetes gestacional), alteraciones del crecimiento intrauterino, etc.

Las ultimas consultas deben tender a evaluar los riesgos del parto: proporción pélvico cefálica, etc. Y a realizar la preparación psico-física para la maternidad.

En cada oportunidad se evaluará el riesgo, intentando elevar el nivel de alarma de la embarazada y su familia sobre problemas agudos, hemorragias en general, cefaleas, edemas, ardor al orinar, fiebre, rotura prematura de membranas, contractilidad uterina aumentada, etc. Con el objeto de que puedan concurrir al nivel de atención adecuado en el menor tiempo posible.

Consultas tardías o insuficientes debidas a analfabetismo, adolescencia, mujer soltera y sola, grandes múltiparas, residencia alejada, ingresos insuficientes o grupos minoritarios segregados, incrementan 12 veces el riesgo relativo de tener un resultado no deseado.

Debe destacarse que solo unas pocas causas son responsables de la mayoría de las muertes durante la gestación y que estas son fácilmente diagnosticadas por el equipo de salud en cualquier nivel de atención, sin requerir complejidad ni tecnologías costosas. Unicamente se requiere un control prenatal adecuado y organización de los servicios de atención.

(3) Aspectos Psicosociales

La maternidad es un rol de la edad adulta. Y la adultez depende de la edad cronológica solo en el aspecto biológico (En el caso de la fecundidad, el logro de la capacidad reproductiva). En el aspecto sicosocial, la adolescencia es el periodo de la vida en que el individuo alcanza la madurez sicologica necesaria para desempeñar los roles adultos que la sociedad y la cultura en que vive esperan de él.

Por lo tanto, el embarazo en una adolescente tendrá por un lado, una repercusión sobre ella como individuo y un impacto en el medio en que vive que tendrá diferentes características según el grado de madurez que haya alcanzado.

(3) Opere citate. Obra Citada: Méndez Rivas, José y colaboradores. "Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo". Editorial Acune Hermanos. Impresa en Argentina en marzo de 1993.-

La repercusión sociológica del embarazo en la joven adolescente.

En la enorme mayoría de los casos, el embarazo no es planificado por las adolescentes. Como vimos anteriormente, responde a motivaciones profundas que tiene que ver sobre todo con su historia personal. Identifican al hijo con algo que van a querer y las va a querer sin límites, como sienten que no fueron queridas por su madre: en realidad no buscan un hijo sino una madre, como se confirma con el nacimiento y posterior descuido del niño.

Cuando se dan cuenta que están embarazadas y van a tener un hijo suele haber pasado bastante tiempo.

A algunas se les ocurre la interrupción como solución, pero hay una asincronía en la que, mientras fantasean con interrumpir el embarazo, transcurre el tiempo. No concretan ninguna acción, esperando que la situación se solucione por sí misma. Ocultan el embarazo hasta muy tarde a veces, no se controlan. Y las sorprende la cercanía del parto en soledad, sin haber proyectado nada.

Otras, más maduras o con mayor fortaleza pueden estructurar algún plan, o pedir ayuda más tempranamente. En esto interviene también la presencia de una familia más o menos continente o de una pareja.

Sin conocerse la cifra exacta, se sabe que un gran número de adolescentes aborta, con grave riesgo para su salud y su vida. Esta actitud es adoptada por la mayoría de las adolescentes de clases sociales menos desprotegidas.

Cuanto más jóvenes sean, tienen características narcisíticas infantiles más marcadas: se evidencian en que, de las tres ansiedades básicas del embarazo (miedo al dolor, miedo al hijo mal formado y miedo a la muerte en el parto), la que predomina es el miedo al dolor, a veces con características de pánico.

Es poco frecuente la observación de trastornos neurovegetativos marcados. La proporción de ellas que aumentan exageradamente de peso por hiperingesta de origen ansioso es similar a la población adulta. Y tampoco son frecuentes las manifestaciones de incomodidad al final del embarazo que suelen presentar las adultas: en líneas generales se puede decir que si el embarazo fue más o menos bien aceptado, transcurre plácidamente. Por supuesto que en todo esto tiene importancia la edad y el grado de madurez alcanzado por la joven.

La experiencia al parto.

Como dijimos anteriormente, los componentes narcisíticos infantiles aún presentes condicionan un miedo al dolor que predomina sobre las otras ansiedades básicas: aparece el temor a la destrucción del cuerpo, especialmente de los genitales, como el elemento más importante.

El vínculo con el hijo:

El asumir un rol maternal será tanto más difícil cuanto más chica sea, y siempre será a costa de una sobreadaptación: el desconcierto que produce un embarazo que no se esperaba conscientemente, los temores por la reacción de los padres, la repercusión en el padre del bebé y su familia, puede generar distintas reacciones, que en la mayoría de las veces dificultará el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo.

La adolescente experimenta casi siempre grandes dificultades en establecer con su hijo una relación estable y tranquilizadora.

Esa relación frágil y conflictiva, se ve aún más entorpecida cuando el recién nacido tiene algún inconveniente de salud: prematuridad, malformaciones o cualquier tipo de enfermedad; la herida narcisista que le produce le impide en parte conectarse con un bebé que necesita mucho más dedicación.

Vínculo con la pareja:

Aproximadamente la mitad de las adolescentes que se embarazan lo hacen con varones también adolescentes; por lo tanto, las parejas constituidas tienen las características de una pareja a esa edad; con la diferencia de la presencia del hijo, nacido o por venir.

Las dificultades de crianza, las relaciones conflictivas con los adultos, los problemas para sostener esa familia tendrán su repercusión en la pareja, pudiendo llegar a disolverla. Pero la disolución también puede llegar porque el afecto que los unía, de características adolescentes, se extinguió y lo único que quedó en común es el hijo.

De todas maneras siempre será mejor haber compartido aunque sea una parte del proceso junto, por dolorosa que sea la separación; y para el hijo es diferente ser hijo

de una madre sola que de una madre separada, ya que puede seguir en contacto con una figura paterna.

Vínculo con los padres:

Los padres de la adolescente viven en general el embarazo de su hija como algo hecho a ellos, para dañarlos o castigarlos, luego de un tiempo de recriminaciones y mucho enojo, suele aparecer una aceptación (que tiene mucho de resignación) y apoyo en lo que pueden. En otros casos, exigen el casamiento o llegan a expulsarla de la casa.

De todas maneras, el apoyo familiar es indispensable para la mejor evolución de todo el proceso, y el equipo de salud puede, con un adecuado asesoramiento, contribuir a recomponer los vínculos familiares.

La actitud del equipo de salud:

La actitud del Equipo de Salud también jugará un rol decisivo: la necesidad de practicar algún tipo de intervención reactivará sus ansiedades, conociendo esto, estará en quienes la atiendan mucho de lo que la adolescente pueda vivenciar como experiencia del parto. La adolescente debe ser cuidadosamente escuchada y observada, para poder, entre otras cosas, conocer su modo relacional y actuar en consecuencia: brindar largas explicaciones y escucharlas, porque muchas veces el equipo no está preparado y se manifiestan con un trato de igual manera a las adolescentes como a las otras parturientas, con más experiencias. Se trata de una problemática compleja que reconoce aspectos obstétricos, sociológicos y sociales; los profesionales que la atiendan se exponen a situaciones muy angustiantes y, el compartirlos con otro miembro del equipo permite una mejor operatividad.

(4) **Parto:**

El parto significa la expulsión del feto con un peso mayor de 500 g. (20 semanas aproximadamente).

En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al termino de su embarazo (parto a termino), entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea. Si el parto se realiza entre las 26 y 37 semanas de gestación se la denomina parto prematuro o pretermino.

La vía del parto depende del grado de sufrimiento fetal y del retardo del crecimiento intrauterino. Si el feto se encuentra muy comprometido se prefiere la cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico, que consiste en la extracción del feto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal materna y el útero. Hay dos tipos de cesárea: la clásica mediante una incisión abdominal vertical y la cesárea realizada en el segmento inferior.

Cuando el parto evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, se denomina normal o eutócico. -

Ventajas y Desventajas

Parto Normal:

Ventajas: Menor riesgo, alta precoz, atención precoz del niño, recuperación rápida de la madre, externación en 48 horas y lactancia al primer día.-

Desventajas: No tiene.-

Cesárea:

Ventajas: es resolver todas las indicaciones que tiene la operación cesárea, para disminuir la morbimortalidad materno – infantil.-

Desventajas: Riesgo quirúrgico habitual, externación tardía de más de cuatro días, mayor dificultad para iniciar las tareas cotidianas, mayor dificultad para la atención permanente del Recien Nacido, lactancia al cuarto o quinto día.-

(4) Opere Cítate. Obra Citada: SCHWARCZ, Ricardo. DUVERGES, Carlos. DIAZ, Angel y FERCINA, Ricardo. "Obstetricia". 4ª Edición. Editorial: El Ateneo. Año1986.-

EL ROL DEL ENFERMERO

El rol del enfermero es importante porque es el que recibe a la menor cuando ingresa a la institución, por lo tanto la buena atención del profesional de enfermería, siendo el intermediario entre el equipo de salud y la menor, permitirá realizar una atención integral de la adolescente embarazada..

El enfermero como el equipo de salud, al conocer cuáles son los factores de riesgo psicológicos, social y biológico, permitirá planificar acciones de orientación, asistencia y tratamiento de estos factores; realizando acciones preventivas y así tratando de contribuir a la disminución de estos factores.

Hipótesis:

Cuanto mayores son los factores de riesgo en las jóvenes adolescentes, mayor es la posibilidad de partos prematuros.

Variables:

Independiente: Factores de riesgo.

Dependiente: Partos prematuros.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo: porque se intentará dar una visión de la realidad que viven las adolescentes con partos prematuros internadas en el Hospital Luis Lagomaggiore.

Observacional: porque se va a constatar las actitudes y aptitudes visibles de las jóvenes en dicha situación.

Prospectivo: porque se estudiara las variables después de la planificación.

Transversal: porque se hará un corte en el tiempo que será los meses de julio y agosto del 2001.

Area de estudio:

Este estudio se realizará en los servicios de la maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore de la provincia de Mendoza, República Argentina, durante el periodo comprendido entre el 1 de julio al 30 de setiembre del año 2001.

La maternidad del Hospital L Lagomaggiore consta de tres pisos, dos de ellas están destinadas solamente para puerperas, con aproximadamente de 60 camas en cada piso. Y el otro piso (2º piso) esta destinada para mujeres con embarazos normales y embarazos con diferentes patologías (embarazos de alto riesgo).

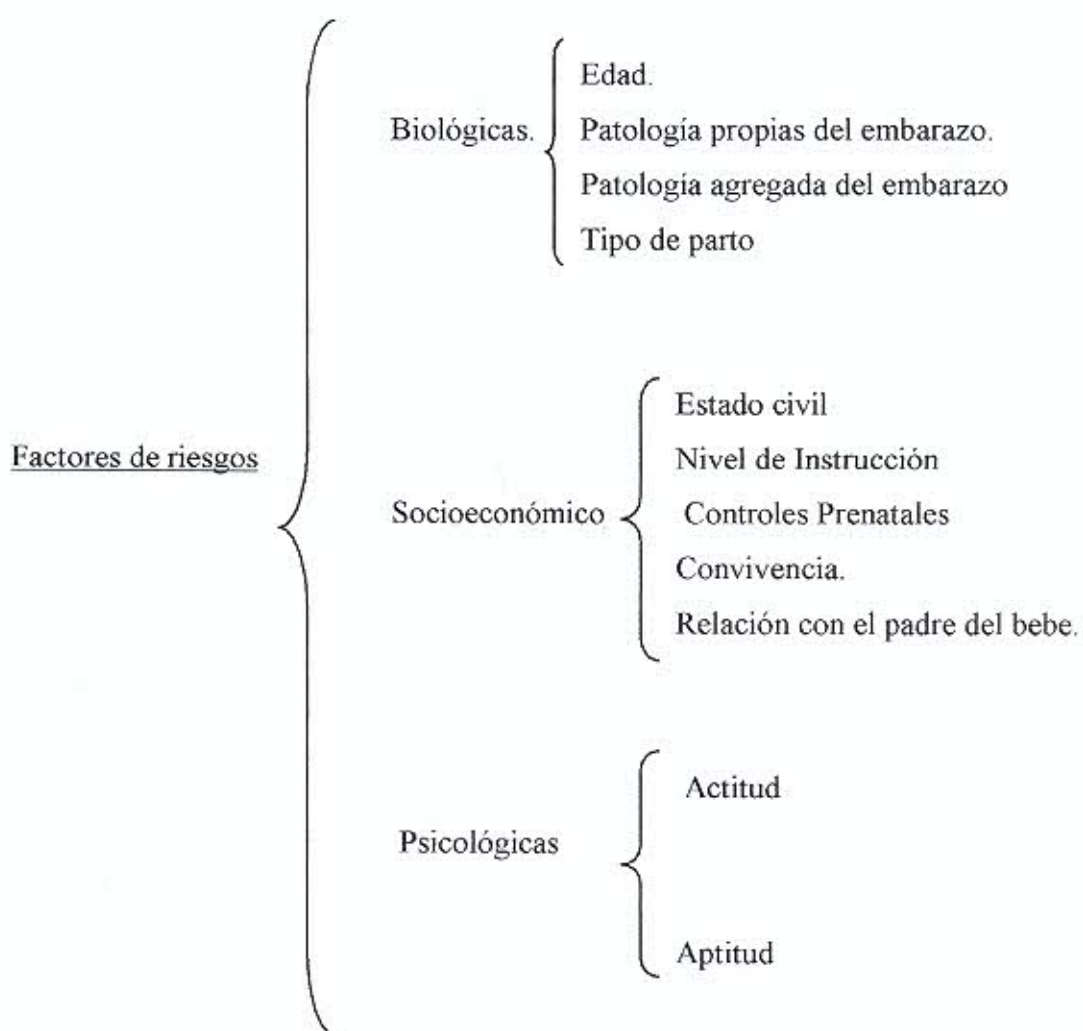
El personal del servicio de Maternidad

- Médicos 45
- Enfermeros 63
- Camilleros 4
- Mucamas 5
- Personal de limpieza 7

Operacionalización de las variables.

Factores de riesgo:

Son los factores diversos a los cuales está expuesta la embarazada, y que pueden contribuir a la concepción adelantada.



Biológicos:

Los factores de riesgo biológicos: es la posibilidad que tiene la adolescente gravídica de sufrir un daño biológico teniendo en cuenta como dimensiones la edad, entendido como: tiempo en que una persona (adolescente) ha vivido; los indicadores son:

Edad	{	11 -13
		14 - 16
		17 - 19

Patologías obstétricas propias del embarazo: Entendiendo por patologías obstétricas propias del embarazo a aquellas causas que llevan al parto prematuro, como ser embarazos múltiples, rotura prematura de membranas, infecciones urinarias, etc. Cuya dimensión será si existe o no existe esta patología.

<u>Patologías propias del embarazo.</u>	{	Embarazos Múltiples	si - no
		Rotura Prematura de Membranas (RPM)	si - no
		Infección Urinaria	si - no

Patologías agregadas al embarazo: Se entiende por patologías agregadas al embarazo a aquellas infecciones que están directamente relacionados con el control prenatal de la madre, como ser: mal nutrición, anemias, hipertensión arterial; y su dimensión será si existen o no estas afecciones.

<u>Patologías agregadas al embarazo.</u>	{	Mala Nutrición	si - no
		Anemia	si - no
		Hipertensión Arterial	si - no
		Otros (toxoplasmosis, chagas, etc.)	si - no

Sociales:

Esta relacionado con la adolescente en la sociedad y a sus vínculos más estrechos. Es la relación de ella con su contexto.

Estado civil:

Es la condición de la adolescente en relación con los derechos y obligaciones civiles. Sus dimensiones van a ser:

Estado civil { Soltera.
Casada.
Otros.

Nivel de instrucción:

Se entiende como nivel de instrucción formal (escolar) que la adolescente ha alcanzado. Sus dimensiones son:

Nivel de instrucción { Analfabeta
Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa

Control Prenatal:

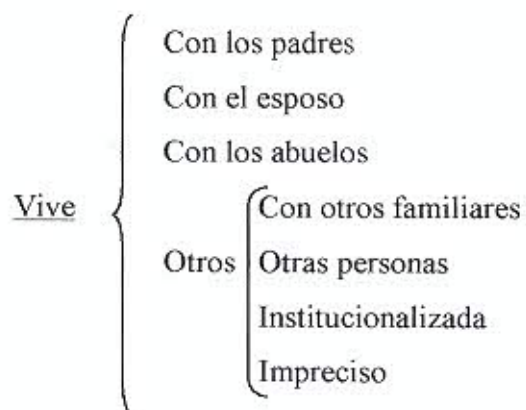
Se entiende por Control Prenatal a la series de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar de evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Control Prenatal { 0 - 2
3 - 5
+ de 6

Con quién vive:

Esta relacionado con la o las personas que la adolescente vive en forma permanente.

Sus dimensiones son:



Relación con el padre del bebé:

Definése como el vinculo que la adolescente presenta con el padre del bebé. En relación con el apoyo que este puede brindarle a la misma. Sus dimensiones son



Psicológicas

Aptitud:

Es la capacidad que la madre tiene (adolescente) en relación directa con el cuidado del bebé durante la etapa de internación. Sus dimensiones son:

Aptitud {
Si
No

Actitud:

Es la predisposición de la menor ante la situación vivida, si lo acepta o no. Midiendo una actitud de angustia, llanto, indiferencia como la no aceptación y que si hay entereza, buen animo, alegría como que si acepta la situación.

Actitud {
Si
No

Variable Conceptual.	Variable Subdimensional	Variable Empírica.
Factor de Riesgo	Partos Prematuros	Riesgo Biológico Riesgo Socioeconómico Riesgo psicológico

Universo:

Nuestro estudio esta dirigido a las mujeres adolescentes entre 11 a 19 años con partos prematuros, que han ingresado a la maternidad del hospital Luis Lagomaggiore de la ciudad de Mendoza, República Argentina, entre el 1 de julio al 30 de agosto del 2001, el total de ese año fue de 290 casos.

Muestra:

La muestra será aleatoria simple, se seleccionara 20 casos con diagnósticos de parto prematuros por mes durante el periodo de estudio.

Unidad de Análisis:

La adolescente con parto prematuro.

Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El presente estudio se comenzará a ejecutar en la maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, a partir del 1º de julio al 30 de setiembre del 2001, previa toma de decisión de cual son los medios a utilizar para recolectar la información necesaria y para dar respuestas a los interrogantes que han dado origen a este estudio de investigación, ellos son:

Técnicas a utilizar:

- Entrevista directa a las adolescentes con partos prematuros.
- Recopilación de información de documentación (análisis de documentos).
- Observación sistemática.

Fuentes a consultar:

- Fuente primaria, son las entrevistas directas con las madres.
- Fuente secundaria, son los datos registrados en los documentos, como las historias clínicas.

Instrumentos:

- ♦ Se confeccionará una encuesta con preguntas cerradas que será utilizada en la entrevista con las adolescentes con partos prematuros.
- ♦ Las preguntas cerradas son de respuesta simple.
- ♦ La entrevista es estructurada y no ambiguas, la cual permite fáciles respuestas por parte del entrevistado y procesamiento de datos es más simple.
- ♦ Esta estará orientada a buscar datos necesarios sobre las variables planteadas.-
- ♦ La guía de observación constará de consignas precisas que estarán relacionadas a la conducta: aptitud y actitud de la madre frente al embarazo.-

Procedimiento de recolección de datos, plan de tabulación y análisis.

Procedimiento de recolección de datos:

- Previa autorización de las autoridades se procede a realizar la recolección en terreno, según lo planificado.
- Recursos humanos: el recurso con el que se cuenta, serán los investigadores quienes recogerán los datos en las instituciones.-
- Recursos materiales: recursos propios de los encuestadores.-
- Una vez realizado la recolección de datos se procede a codificar la información, que es darle a cada respuesta un lenguaje simplificado, paso necesario para que la información pueda ser ordenada en una matriz de datos utilizando el programa llamado Excel.-
- Se presentará la información en tabla de simple y doble entrada, gráficos de barra y de tortas.-

Plan de tabulación v análisis

Los datos que se obtenga en el transcurso de la investigación se volcara en una tabla maestra, en donde contara con todos los datos de la muestra que fue obtenido mediante entrevistas, observaciones y como así también basado en material de fondo , como las historias clínicas. Siendo el formato de la matriz de la siguiente forma: en la fila hará referencia a cada uno de los individuos de la muestra y en forma de columna los factores de riesgos de las adolescentes con partos prematuros, donde la cada intersección de las filas y las columnas nos mostrara un dato relevante para nuestra investigación.

Análisis

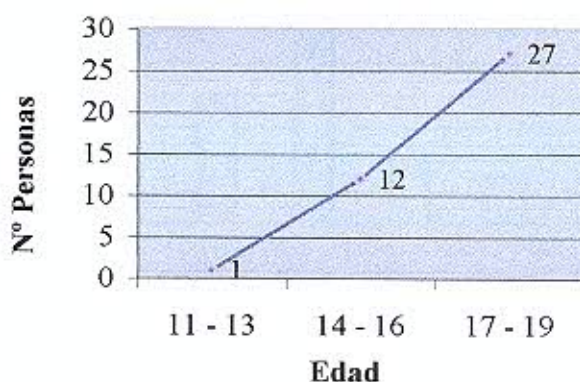
Se procederá al análisis de la información que consiste en interpretar los datos obtenidos en el estudio para verificar si concuerda o no la hipótesis planteada.-

Tabla N° 1: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por edad, Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001.

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
11 - 13	1	3%	1
14 - 16	12	30%	13
17 - 19	27	68%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de encuesta e historia clínica.

Gráfico N° I: Por Edad



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de historia clínica y encuesta.

Se registra un número mayor de mujeres entre 17 y 19 años, con un 68 % de partos prematuros. Luego predomina el grupo de 14 a 16 años con un 30 %.

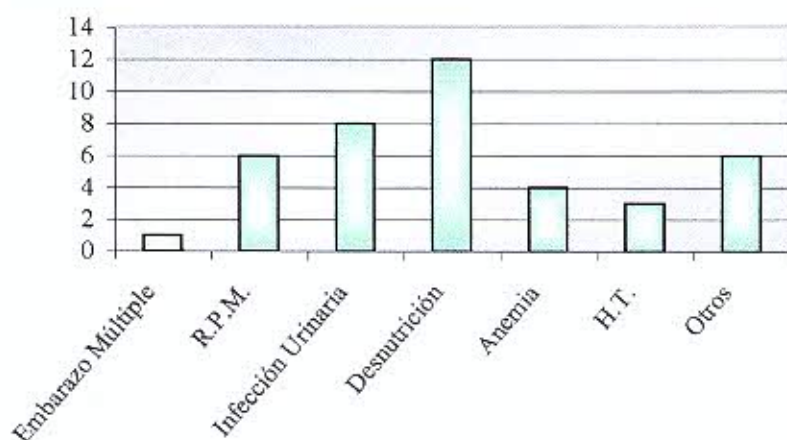
Los datos de las adolescentes con partos prematuros, da a entender el inicio temprano de las relaciones sexuales y a la vez nos indican de la escasa información sobre salud reproductiva que tienen las jóvenes, lo cual lleva a situaciones de partos prematuros de alto riesgo, de partos no deseados, de pareja inestable o ausencia de pareja y el encarar una realidad en que psicológicamente no están preparados.

Tabla N° 2: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por patologías. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Patologías	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Embarazo Múltiple	1	2,5%	1
R.P.M.	6	15,0%	7
Infección Urinaria	8	20,0%	15
Desnutrición	12	30,0%	27
Anemia	4	10,0%	31
H.T.	3	7,5%	34
Otros	6	15,0%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de historia clínica.

Gráfico N° II: Por Patologías



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de historia clínica.

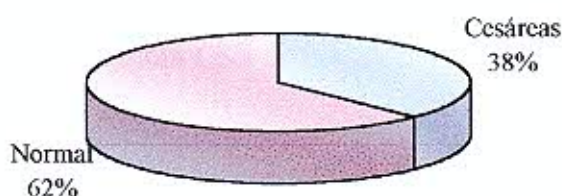
Se registra en nuestra información recabada que el porcentaje mas alto es la desnutrición, un 30%, infección urinaria en un 20%, rotura prematura de las membranas un 15%, otras enfermedades en un 15%, anemias un 10%, hipertensión un 7,5% y embarazos múltiple un 2,5%. Las patologías maternas constituyen un grupo de mayor riesgo perinatal debido a condiciones desfavorables como la inmadurez físico y mental, lo socioeconómico o cultural, las condiciones de cuidados y atención médica que se le proporcione a la adolescente. también el rechazo familiar, todo esto genera un mayor numero de complicaciones que lleva a un parto prematuro.

Tabla N° 3: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por vía del parto. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Vía del Parto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Cesáreas	15	37,5%
Normal	25	62,5%
Total	40	100,0%

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de la historia clínica.

Gráfico N° III: Por Vía del Parto



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de la historia clínica.

En nuestro estudio se observa que predomina el parto normal en un 62,5% y las cesáreas en un 37,5%.

Las adolescentes en el periodo del parto puede presentar alteraciones en la presentación o posición del feto que se puede relacionar con su inmadurez física. Estas distocias llevan a tener un parto por cesárea.

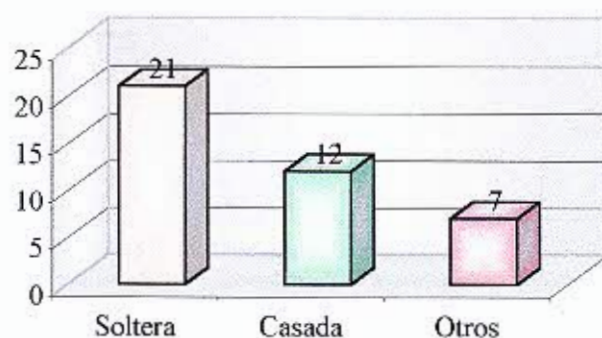
La mayorías de las adolescentes llegan al hospital cuando ya comenzaron precozmente con el trabajo de parto, por la cual llega a tener un parto normal, esto implica un mayor parto traumático para el feto y en las jóvenes lesiones, como desgarros, hemorragias e infecciones que puede estar comprometida por la desnutrición y anemias previas.

Tabla N° 4: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por estado civil. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Estado Civil	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Soltera	21	52,5%	21
Casada	12	30,0%	33
Otros	7	17,5%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de la historia clínica y la encuesta.

Gráfico N° IV: Por Estado Civil



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de la historia clínica y la encuesta.

En nuestro estudio se observa que el 52,5% de las jóvenes son solteras, un 30% son casadas y un 17,5% corresponde a otros.

Esto nos indica que predomina las adolescentes en estado de soltería y existe una gran dependencia a la familia.

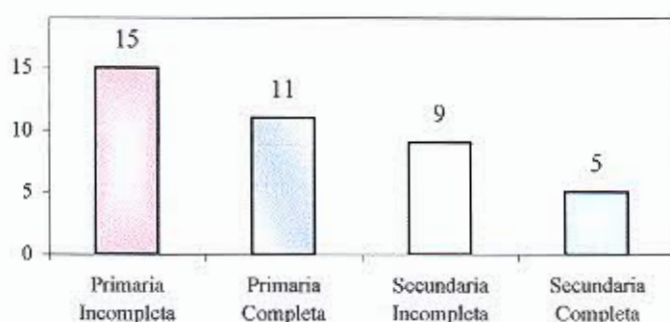
El asumir el rol maternal será tanto más difícil cuanto más chica sea y siempre será a costo de una sobreadaptación. Y es más llevadero estando casada que soltera

Tabla N° 5: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por escolaridad. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Primaria Incompleta	15	37,5%	15
Primaria Completa	11	27,5%	26
Secundaria Incompleta	9	22,5%	35
Secundaria Completa	5	12,5%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de historia clínica y encuesta.

Gráfico N° V Por escolaridad



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de H.C. y encuesta.

En nuestro estudio podemos deducir que las adolescentes presentan un bajo nivel cultural. El 37,5% no han completado la escolaridad primaria y un 27,5% si han completado sus estudios primarios. Solamente un 12,5% terminaron el nivel secundario y no hubo incursión en los niveles superiores.

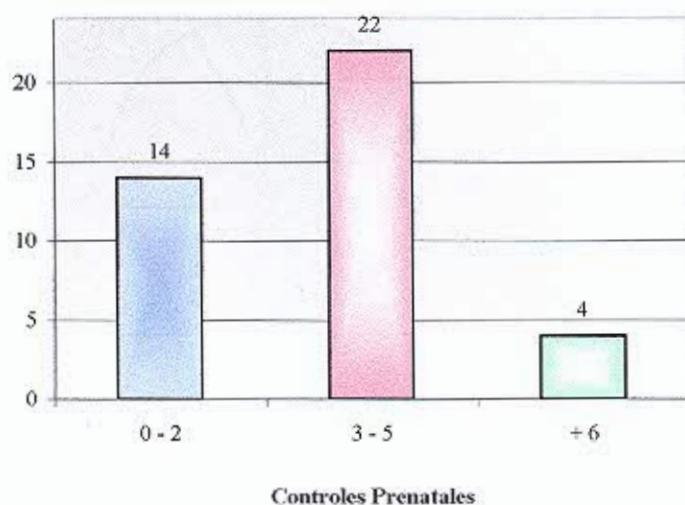
Esta posición de caracter cultural es fundamental para explicar la desventaja de la mujer a la información, al acceso y calidad de la atención de la salud reproductiva. Un grado óptimo de escolaridad tenderá a disminuir los partos prematuros y los riesgos del mismo.

Tabla N° 6: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por controles prenatales, Ciudad de Mendoza. ;Mes Julio y Agosto,año 2001

Controles Prenatales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
0 - 2	14	35%	14
3 - 5	22	55%	36
+ 6	4	10%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de H.C.

Gráfico N° VI: Por controles prenatales



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de histori clinica

En este estudio se observa que hay un alto porcentaje de adolescentes con escasos controles, hasta 2 controles un 35% y de 3 a 5 controles un 55% y más de 6 controles es de un 10%.

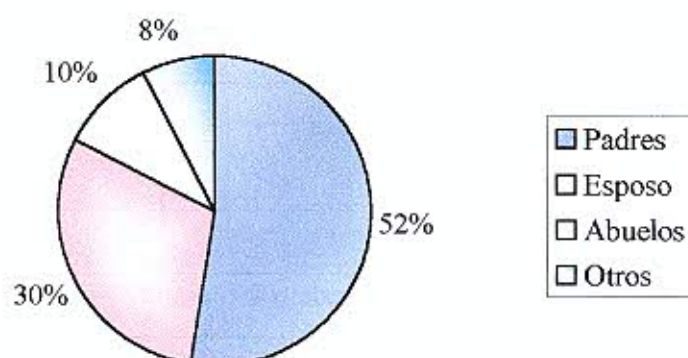
Un adecuado control prenatal son de 6 consultas como mínimo, para que toda embarazada ayude entre otros aspectos a evitar partos prematuros y permite manejar con mayor facilidad embarazos de alto riesgo obstétricos, como en este caso de adolescentes, mejorando las condiciones del embarazo y previniendo posibles complicaciones en el parto.

Tabla N° 7 : Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore por con quien vive. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Con quien vive	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Padres	21	52,5%	21
Esposo	12	30,0%	33
Abuelos	4	10,0%	37
Otros	3	7,5%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de la encuesta e historia clínica.

Gráfico N° VII: Con quien vive



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de historia clínica.

De acuerdo a la información obtenida se deduce que un 52,5% de las adolescentes viven con sus padres, un 30% con sus esposos, un 10% con los abuelos y con otros es un 7,5%

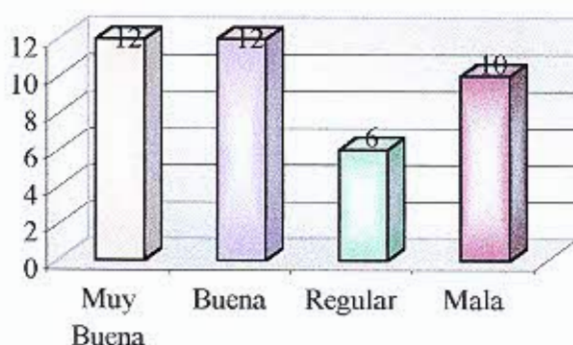
Se observa que las adolescentes enfrentan su parto prematuro en un estado de solteras y existe una gran dependencia a la familia, sobre todo a la materna. En todos los grupos etareos la condición de soltera es la que predomina.

Tabla N° 8: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por relación con el padre del bebé. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Relación con el padre del bebé	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Muy Buena	12	30%	12
Buena	12	30%	24
Regular	6	15%	30
Mala	10	25%	40
Total	40	100%	

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de la historia clínica y encuesta.

Gráfico N° VIII: Por relación con el padre del bebé.



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos de historia clínica y de la encuesta.

En nuestro estudio se observa que un 30% de las adolescente tienen una muy buena relación con el padre del bebé, un 30% es de buena relación, un 15% es de regular relación y un 25% es de mala relación con el padre del bebé.

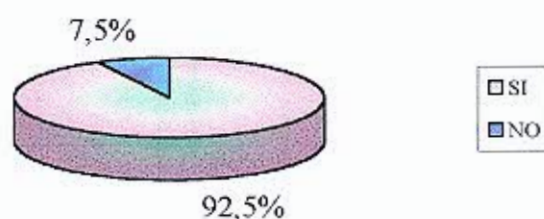
En general la mayoría de las adolescentes que se embarazan lo hacen con varones adolescentes, la dificultad de la crianza, las relaciones conflictivas con los adultos (familiares), el desconcierto que produce el parto, puede generar distintas reacciones, que en la mayoría de las veces dificultará el establecimiento de una buena relación con el padre del bebé. Y no sucede lo mismo con los de buena relación siempre será mejor compartir el proceso juntos, por mas dolorosa que sea la situación y las adolescentes tendrán mas dedicación al bebé.

Tabla N° 9: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por la visita su familia. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

La visita su familia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
SI	37	92,5%
NO	3	7,5%
Total	40	100%

Fuente: Datos obtenidos en base a la encuesta realizada a la adolescente.

Gráfico N° IX: La visita su familia



Fuente: Datos obtenidos en base a la encuesta realizada a la adolescente.

Se observa en nuestro estudio que un 92,5% de las adolescentes son visitadas por su familiares y un 7,5% no lo hacen.

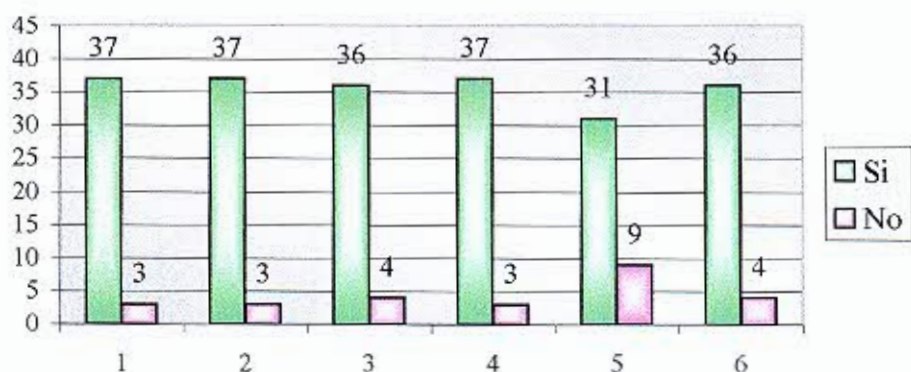
El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en que todavía no alcanza su madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, con la carencia nutricional u otras enfermedades a un parto precoz. El apoyo familiar es indispensable para la mejor evolución de todo el proceso.

Tabla N° 10: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por aptitud. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Aptitud	Si	No	Total
1	37	3	40
2	37	3	40
3	36	4	40
4	37	3	40
5	31	9	40
6	36	4	40
Total	214	26	240

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación y entrevista.

Gráfico N° X: Por aptitud.



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación y entrevista.

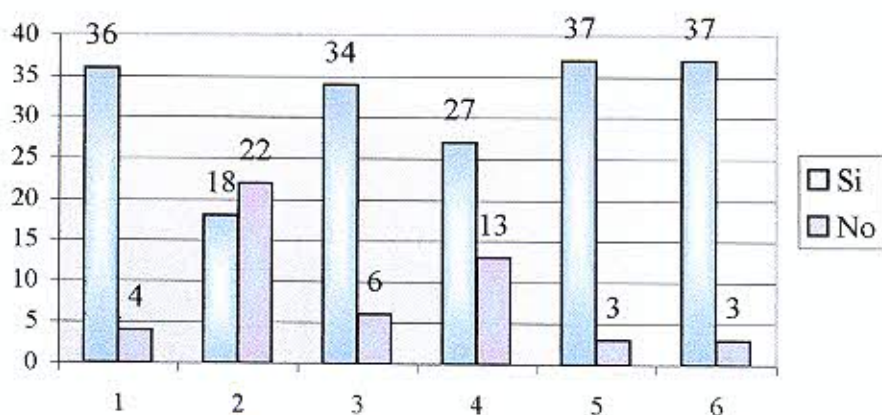
Variable aptitud de un total de seis indicadores observables en la madre cuando visita a su bebé en el servicio de neonatología, de un total de 240 observaciones que es el 100%. Solo 214 observaciones (89,17 %) tiene buena aptitud con su bebé y 26 observaciones (10,83 %) tiene una mala aptitud hacia su bebé. En lo referido a la preparación de asumir un rol maternal será mas difícil cuanto mas joven sea la adolescente y siempre será a costa de una sobreadaptación, porque la relación frágil y conflictiva se ve aun mas entorpecida cuando el Recién Nacido presenta algún inconveniente por la prematuridad y no ocurrirá lo mismo con las jóvenes mayores, que con motivación se van adaptándose un poco mas.

Tabla N° 11: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por actitud. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Actitud	Si	No	Total
1	36	4	40
2	18	22	40
3	34	6	40
4	27	13	40
5	37	3	40
6	37	3	40
Total	189	51	240

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación y entrevista.

Gráfico N° XI Por actitud



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación y entrevista.

Variable actitud, considerando si la menor acepta o no la situación vivida, de un total de 240 respuestas a los distintos indicadores (100 %), de 119 observaciones (78,75 %) tienen una buena actitud con su bebé y de 51 observaciones (21,25 %) no la tienen.

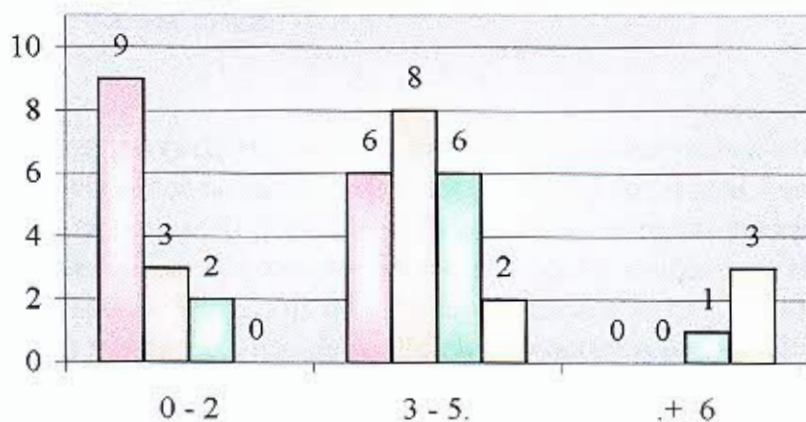
En la mayoría de los grupos etareos si presenta una actitud positiva hacia el bebé, pero no ocurre lo mismo con las adolescentes mas jóvenes, entre 11 y 16 años, es un poco mas difícil asumir su rol maternal debido a una serie de condiciones desfavorables, como la inmadurez física y mental, pero con el apoyo del equipo de salud y de sus familiares su actitud ira mejorando y haciendo mas llevadera la situación.

Tabla N° 12: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital. Luis Lagomaggiore, por controles prenatales según escolaridad. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Escolaridad	Controles Prenatales			Total
	0 - 2	3 - 5.	+ 6	
PI	9	6	0	15
PC	3	8	0	11
SI	2	6	1	9
SC	0	2	3	5
Total	14	22	4	40

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de entrevista e historia clínica.

Gráfico N XII: Por controles prenatales según escolaridad.



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de encuesta e historia clínica.

Los controles son escaso en adolescentes de baja escolaridad. Un grado óptimo de escolaridad tenderá a aumentar los controles prenatales y así disminuir los partos prematuros o riesgos del mismo.

Tabulado en forma horizontal

Tabla N° 13: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por controles prenatales según escolaridad. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Escolaridad	Controles Prenatales			Total
	0 - 2	3 - 5	+ 6	
PI	60	40	0	100%
PC	27,27	72,73	0	100%
SI	22,22	66,67	11,11	100%
SC	0	40	60	100%
Total	35	55	10	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de encuesta e historia clínica.

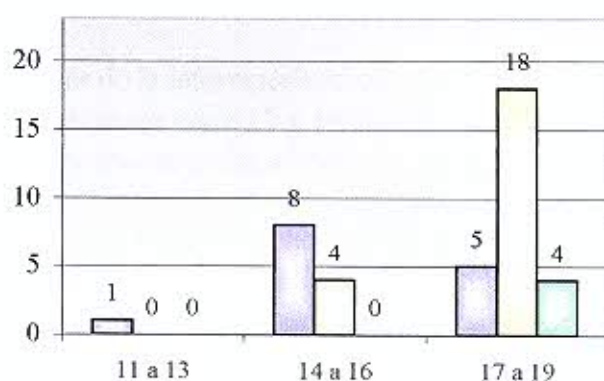
Se observa a través de este tabulado que las adolescentes de baja escolaridad tienen mas probabilidad de no realizar controles prenatales por el bajo nivel cultural, ya que el mayor porcentaje que no ha realizado dicho control se presenta entre las adolescentes que no han completado la escolaridad primaria, pero en general son escasos los controles, solo un 66,67% con secundaria incompleta se realizan de 3 a 5 controles y un 11,11% más de 6 controles. Deducimos que las adolescentes no se realizan un buen control prenatal por el bajo nivel cultural.

Tabla N° 14: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital. Luis Lagomaggiore, por edad según controles prenatales. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Control Prenatal	Edad			Total
	11 a 13	14 a 16	17 a 19	
0 - 2	1	8	5	14
3 - 5	0	4	18	22
+ 6	0	0	4	4
Total	1	12	27	40

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de la historia clínica y entrevista

Gráfico N° XIII : Por edad según controles prenatales..



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de la historia clínica y encuesta..

En esta tabulación observamos que las adolescentes más jóvenes presentan pocos controles y las de 17 a 19 años tienen más controles.

Un adecuado control evitará partos prematuros, riesgos obstetricos o posibles complicaciones en el parto. Una buena información de salud reproductiva evitaría el inicio temprano de las relaciones sexuales y también encarar una realidad en que psicológicamente no están preparadas.

Tabulado en forma horizontal

Tabla N° 15: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por edad según controles prenatales. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Control Prenatales	Edad			Total
	11 a 13	14 a 16	17 a 19	
0 - 2	7,14	57,14	35,72	100%
3 - 5	0	18,18	81,82	100%
+ 6	0	0	100	100%
Total	2,5	30	67,5	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de la historia clínica y la entrevista.

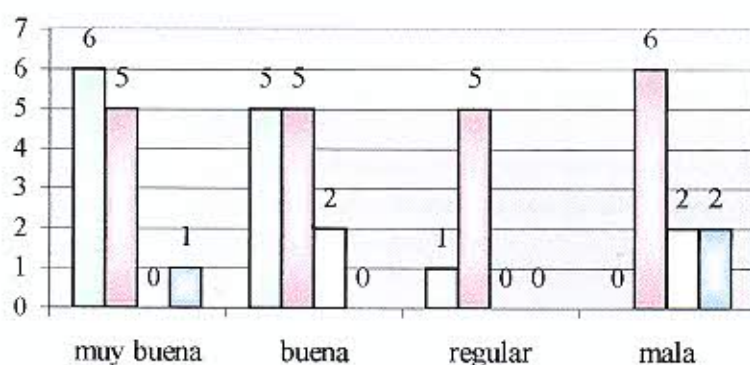
Observamos a través de la información obtenida que presentan más controles prenatales las adolescentes entre 17 y 19 años, o sea que deducimos mientras mas jóvenes sean menos controles se realizan. Ya que un adecuado control prenatal ayuda entre otros aspectos a evitar partos prematuros y también previniendo de posibles complicaciones del parto. Vemos un insuficiente control de las adolescentes, muchas sin diagnósticos oportunos y de precaria preparación psicofísica para el parto, debido a su edad.

Tabla N° 16 : Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore por relación con el padre del bebé, según con quien vive. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto, año 2001

Con quien vive	Relación con el padre del bebé				Total
	muy buena	buena	regular	mala	
Esposo	6	5	1	0	12
Padres	5	5	5	6	21
Abuelos	0	2	0	2	4
Otros	1	0	0	2	3
Total	12	12	6	10	40

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación la obsrvación, la historia clínica y la entrevista.

Gráfico N° XIV: Por relación con el padre del bebé según con quien vive.



Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación, de historia clínica y de la entrevista.

Observamos en esta relación que las adolescentes que viven con su esposo tienen muy buena y buena relación y las que viven con sus padres, la relación con el padre del bebé es regular y mala.

Las adolescentes casi siempre se embarazan de varones adolescentes y la mayoría de las veces dificultará el establecimiento de una buena relación con el padre del bebé. Siempre es mejor compartir el proceso por más dolorosa que sea la situación y si hay apoyo familiar será mejor la evolución de la relación con el padre del bebé.

Tabulado en forma horizontal

Tabla N° 17: Pacientes adolescentes con partos prematuros internadas en el servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore, por relación con el padre del bebé según con quien vive. Ciudad de Mendoza. Mes Julio y Agosto del 2001.

Con quien vive	Relación con el padre del bebé				Total
	muy buena	buena	regular	mala	
Esposo	50	41,67	8,33	0	100%
Padres	23,81	23,81	23,81	28,57	100%
Abuelos	0	50	0	50	100%
Otros	33,33	0	0	66,67	100%
Total	30	30	15	25	100%

Fuente: Elaboración propia sobre datos obtenidos a través de observación, de historia clínica y de la entrevista.

Si observamos con quien vive la adolescente y la relación que tiene la misma con el padre del bebé puede observarse que las adolescentes que viven con sus esposos, mayor son los porcentajes de muy buena y buena relación con el padre del bebé y mientras las adolescentes solteras que viven con los padres es menos el porcentaje de muy buena y buena relación. Y las que viven con los abuelos u de otras tienen un porcentaje alto de mala relación o sea tienen mayor probabilidad de no tener buena relación con el padre del bebé.

ANALISIS

Del total de las mujeres entrevistadas por ser adolescentes y su embarazo no fue planificado, por la falta de controles sumado a todos los factores de riesgos que llevan en su mayoría a partos prematuros. Lo que demuestra es que la hipótesis planteada ha sido confirmada.

CONCLUSIÓN

A través de los análisis de los datos obtenidos desde el 1 de julio al 31 de agosto del 2001, el grupo etareo más afectados son las adolescentes más jóvenes.

La relación de variables y porcentajes horizontales y verticales, se encuentran las siguientes:

Variable estado civil: Un 53% son solteras y viven con sus padres y sus edades oscilan entre los 11 a 18 años de edad, un 30% son casadas y un 17% son de otro tipo de estado. Prevalece el estado de soltería.

Variable escolaridad Un 37,5 % tiene primaria incompleta, un 27% de primaria completa, el 22,5 % de secundaria incompleta y solo un 12,5 % tienen la secundaria completa. La escolaridad en la muestra estudiada nos indica un nivel bajo de educación. Un grado optimo de escolaridad ayudaría a disminuir los partos prematuros.

Variable controles prenatales: del total de las pacientes un 35 % tienen menos de 2 controles, un 55% tienen de 2 a 5 controles y un 10% tienen mas de 6 controles. Los controles prenatales realizadas por las adolescentes son insuficientes, ya que un adecuado control son 6 controles como mínimo.

Variables patologías: del 100% un 37,5% son patologías propias del embarazo y un 62,5% son patologías agregadas al embarazo y deducimos que un 30% es de desnutrición, un 20% de infección urinaria, n 15% de rotura prematura de las membranas, un 15% de otros (toxoplasmosis, chagas, ect.), un 10% de anemia, un 7,5% de hipertensión y un 2,5% de embarazo múltiple. Las patologías propias y agregadas al embarazo son las que predominan y constituye un grupo de mayor riesgo perinatal debido a las condiciones desfavorables que presenta la adolescente.

Variable vía del parto: un 62,5% son de parto normal y un 37,5% son cesáreas.

La vía que predomina es el parto normal, esto implica un mayor parto traumático para el feto y en las madres lesiones que puede estar comprometido por la desnutrición o anemias

Variable con quien vive: un 53% viven con sus padres, un 30% viven con sus esposos, un 10% con sus abuelos y otros un 7%.

Las adolescentes enfrentan su parto prematuro, en la mayoría viviendo con sus padres.

Variable relación con el padre del bebé: un 30% es de muy buena, un 30% es de buena, un 15% es de regular y un 25% es de mala relación con el padre del bebé. En general la relación es muy buena y buena la relación por que siempre será mejor compartir el proceso juntos por mas dolorosa que sea la situación y también tendrán mas dedicación al bebé.

Variable si la visita la familia: un 92,5% si la visitan y un 7,5% no la visitan.

El apoyo familiar es indispensable para la mejor evolución de todo el proceso.

Variable aptitud: del total de los 6 indicadores un 89,17% tienen una buena aptitud con su bebé y un 10,83 no lo tiene. Puede deberse a la falta de preparación e asumir el rol maternal y será más difícil cuanto más jóvenes sean, en cambio las más grandes con motivación se irán adaptándose.

Variable actitud: de un total de 6 indicadores un 78,75% tienen buena actitud y un 21,25% no la tienen. En la mayoría de los grupos etareos si presenta una actitud positiva hacia con el bebé.

Relación controles prenatales según escolaridad: las adolescentes de baja escolaridad tienen mas probabilidad de no realizar controles prenatales solo un 75% con secundaria completa se realizan controles.

Relación edad según controles prenatales: las adolescentes mas jóvenes entre 11 – 16 años tienen escasos controles y las de 16 – 19 años presentan un 66,67% tienen de 3 – 5 controles y un 14,81% tienen mas de 6 controles. Mientras más jóvenes son menos controles se realizan.

Relación con el padre del bebé según con quien vive: las adolescentes que viven con sus esposos es de muy buena (50%) y buena relación (41%) y la relación es regular (83,33%) de las adolescentes que viven con sus padres. Las adolescentes casadas tienen una relación positiva y no ocurre lo mismo con las jóvenes que viven con los padres, abuelos u otros.

RECOMENDACIONES

El estudio realizado nos permite hacer algunas reflexiones y recomendaciones que pueden ser aplicadas desde el servicio de enfermería con el objeto de prevenir embarazos en adolescentes, ya que en esta etapa aumenta los riesgos para la madre precoz y la vida de su hijo.

El servicio de enfermería debe brindar una capacitación continua a enfermeros, para brindar atención y cuidado de la joven, ya que es la intermediaria del equipo de salud y la menor, permitiéndose así realizar una atención integral de la adolescente embarazada.

Realizar campañas de promoción y prevención de métodos anticonceptivos (Salud Reproductiva), para prevenir embarazos no deseados y por ende partos prematuros.

Es prioritario que se instale programas de educación sexual en los colegios, pero para esto se debe lograr una mejor alfabetización de los jóvenes..

Es necesario políticas serias de Salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria que lleven a la disminución de la tasa de embarazo en este grupo etareo, lo que garantizara un buen pronostico de vida y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

Capacitar equipos interdisciplinarios de manera de favorecer la promoción y prevención de esta problemática y junto con la cooperación del personal de enfermera se logrará los objetivos deseados.

A N E X O S

CEDULA DE ENTREVISTA, GUIA DE OBSERVACION Y PLANILLA DE REGISTRO

Introducción

La presente entrevista, guía de observación y planilla de registro tiene como objetivo de realizar un trabajo de investigación de contribuir a disminuir las causas de partos prematuros en las adolescentes. Determinando los factores que influyen en ella, con el fin de ser presentado en la cátedra de investigación como trabajo final, para la carrera de la licenciatura, realizado por enfermeros universitarios que cursan en la mencionada cátedra de la Universidad Nacional de Cuyo.

La encuesta esta dirigida a las adolescentes con Partos Prematuros, internadas en el Servicio de la Maternidad del Hospital Luis Lagomaggiore.

Los datos serian anónimos y se agradece su colaboración.

ENCUESTA: FACTORES DE RIESGOS SOCIALES EN
ADOLESCENTES CON PARTOS PREMATUROS DE LA
MATERNIDAD LUIS LAGOMAGGIORE AÑO 2001
AÑO 2001

Encuesta N°

1-. Estado Civil:

2-. Edad:

3-. Nivel de Instrucción:

4-. ¿Con quien esta viviendo?

Con sus padres

Con el marido

Con los abuelos

Otros

5-. ¿Cómo es la relación con el padre del bebe?

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

6-. ¿La visita su familia?

Si

No

**GUIA DE OBSERVACIÓN: FACTORES DE RIESGOS
 PSICOLOGICOS EN ADOLESCENTES CON PARTOS
 PREMATUROS DE LA MATERNIDAD LUIS LAGOMAGGIORE
 AÑO 2001**

Nº:

Objetivo: Observar la actitud y aptitud de la madre con su hijo.

Compartimiento de la madre con su hijo:

Lo acaricia	<input type="checkbox"/>
Lo visita	<input type="checkbox"/>
Lo alimenta	<input type="checkbox"/>
Lo cambia	<input type="checkbox"/>
Le habla	<input type="checkbox"/>
Pregunta por su bebé	<input type="checkbox"/>

La predisposición de la menor ante la situación vivida

Accepta la situación:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Llora al hablar del bebé:

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se interesa sobre la salud del bebé

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene sentimiento de temor al tomar al bebé

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta contenta con la llegada del bebé

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desea cuidar a su bebé

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLANILLA DE REGISTRO: FACTORES DE RIESGOS
BIOLOGICOS EN ADOLESCENTES CON PARTOS
PREMATUROS DE LA MATERNIDAD LUIS LAGOMAGGIORE
AÑO 2001

HISTORIA CLINICA N°:

SEMANA DE EMBARAZO:

CONTROL PRENATAL:

0 - 2	<input type="checkbox"/>
3. - 5	<input type="checkbox"/>
.+ 6	<input type="checkbox"/>

TIPO PARTO:

CESÁREA	<input type="checkbox"/>
PARTO NORMAL	<input type="checkbox"/>

TIPO DE PATOLOGIAS:

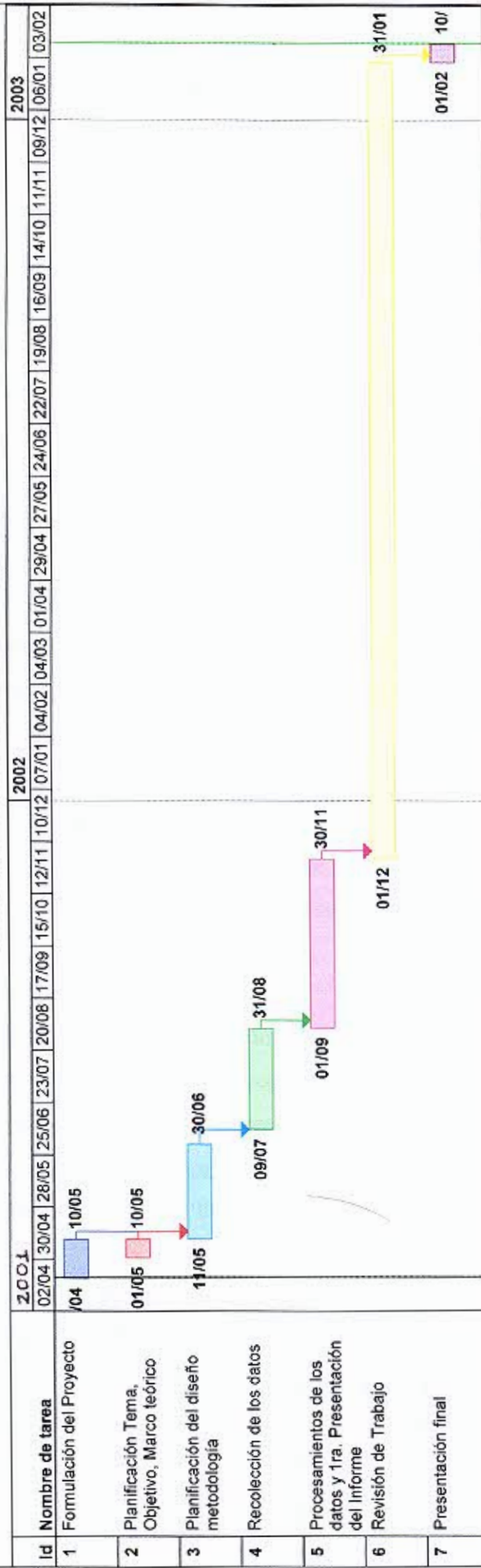
PROPIAS:

AGREGADAS:

REFERENCIAS DE LA TABLA MATRIZ

Factores de Riesgo		
Biológicos	Sociales	Psicológicos
<p>Edad</p> <p>Patologías del embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo múltiple - Rotura prematura de membranas. - Infección Urinaria. - Desnutrición. - Anemia. - Hipertensión. - Otros. 	<p>Estado civil.</p> <p>Escolaridad.</p> <p>Controles prenatales.</p> <p>Con quien vive.</p> <p>Relación con el padre del bebe.</p> <p>La visita la familia.</p>	<p>Aptitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo acaricia. - Lo Visita. - Lo alimenta. - Lo cambia. - Le habla. - Pregunta por su bebe. <p>Actitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepta la situación. - Llora al hablar a su bebe. - Se interesa por la salud su bebe. - Tiene sentimientos temor. - Esta contenta con la llegada de su bebe. - Desea cuidar su bebe.

Cronograma de Actividades



BIBLIOGRAFIA

- ♦ Canales, Francisca H de, Alvarado, Elba Luz de Pineda, Elia Beatriz.
Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud.
Organización Panamericana de la Salud.
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina de la Organización Mundial de la Salud.
Publicación PASCCAP N° 16.
2ª Edición, 1997. 327 paginas.
- ♦ Gobierno de Mendoza.
Ministerio de Desarrollo Social y Salud. Subsecretaría de Salud.
Publicaciones de la Subsecretaría de Salud Propuesta Normativa Perinatal.
Volumen II. Año 1993.-
- ♦ Méndez Rivas, José y colaboradores.
Enfoque actual de la Adolescente por el ginecólogo
Editorial Acune Hermanos. Impresa en Argentina. Marzo de 1993.-
- ♦ Gobierno de la Nación.
Ministerio de Salud y Acción Social.
Secretaría de recursos y programas de Salud-
Publicaciones de la dirección de Maternidad e Infancia. Situación de la Patologías Perinatales Prevalentes.
Volumen I. Año 1993.-
- ♦ Schwarcz, Ricardo. Duverges, Carlos. Díaz, Angel. Fercina, Ricardo.
“Obstetricia.”
4ª Edición. Editorial, El Ateneo. Año, 1986.

- ♦ Polit, Denice F. Hungler, Bernaditta.
Investigaciones Científica en ciencias de la Salud.
5 ° Edición, Mc. Granc Hill Interamericana, 701 páginas.

- ♦ Wallace, Walter. “Lógica de la ciencia en sociología”. Ediciones Alianza,
Madrid 1980.-

FUENTES

- ♦ Aronne, Elsa de Martínez. “ Del objeto Modelo a las Matrices” y “Los conceptos y las variables”
Documentos. Mendoza 1995. -
- ♦ Artículo de Internet: www.lesgetreal.org/espa%F1ol%20noticias.htm.
- ♦ Escuela de Enfermer%20a.
Facultad de Ciencias M%20edicas.
Universidad Nacional de Cuyo.
Apuntes de la C%20atedra de Investigaci%20n.
A%F1o 2001. -
- ♦ Programa de Estad%20sticas de Salud.
Departamento de Bioestad%20stica.
Mendoza, abril de 2000.-