

UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA

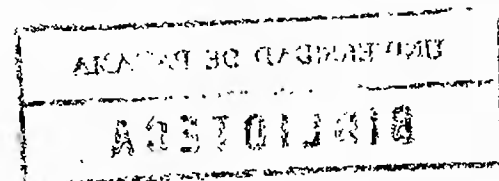
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS, CON  
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

Modelo del Plan de Atención según factores de  
riesgos detectados en los recién nacidos de madres  
adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería del  
Autocuidado de Dorothea E. Orem

Por: Adriana Cumberbatch de Mike

Tesis presentada como uno de los requisitos para  
optar por el Grado de Maestría en Ciencias, con  
Especialización en Enfermería Materno Infantil

1 9 9 1



PAGINA DE PRESENTACION

APROBADO POR:

DIRECTOR DE TESIS

Alba Edith Haza Prof. Fac. de Eng  
(Nombre y Título)

MIEMBRO DEL JURADO

Angela Rodríguez  
(Nombre y Título)  
Prof. Fac de Eng

MIEMBRO DEL JURADO

Edelberto Pineda  
(Nombre y Título)  
Profesor de Pediatría Facultad Medicina

REPRESENTANTE DE LA  
VICERRECTORIA DE  
INVESTIGACION Y  
POST GRADO

Reyniera Samartín  
(Nombre y Título)  
Directora de Postgrado

FECHA:

6 / Feb / 1992

A G R A D E C I M I E N T O

A Dios, quien supo guiar nuestros pasos con amor, seguridad y perseverancia.

A la Profesora Elba de Isaza, quien siempre estuvo a nuestro lado brindándonos la orientación necesaria.

A todas aquellas personas que de una u otra forma nos brindaron apoyo y cooperación para la feliz culminación del presente trabajo de investigación.



DEDICATORIA

Deseo ofrecer este estudio, a todas las madres adolescentes panameñas y a sus recién nacidos, los cuales conforman un grupo de riesgo, ya que en la actualidad todavía no hemos logrado brindarles toda la atención, con base al riesgo, que dicha población requiere.

Esperamos que en un futuro cercano, se les pueda asegurar un medio social-cultural y económico más acorde con sus necesidades.

RECONOCIMIENTO

Deseamos manifestar nuestro reconocimiento a las siguientes personas por su apoyo, guía y colaboración en la realización del presente estudio:

Dr. Max Ramírez

Dr. Jaime López Sam

Dr. Esteban López

Lic. Raúl Batista

Lic. Xenia de Ross

Lic. Olga Linares de Duarte

Lic. Oscar Fallas

Dr. Rodolfo Poveda

Lic. Zenaida de Rooner

Dr. José Fidel Barsallo

Dr. Alvaro Aguilar

Lic. Alvis Ruiloba

Al mismo tiempo, agradecemos al Personal Médico, al de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y al Personal Administrativo que laboran en las áreas hospitalarias de la Maternidad del Hospital Santo Tomás, del Hospital del Niño y Región Metropolitana de Salud.

# I N D I C E

	Página
INTRODUCCION. . . . .	XXVII
CAPITULO I - MARCO CONCEPTUAL . . . . .	1
1. Descripción del área problemática. . . . .	2
2. Surgimiento del Estudio. . . . .	3
3. Justificación del Estudio. . . . .	6
4. Formulación del Problema . . . . .	15
5. Definición de Términos . . . . .	16
6. Variables. . . . .	18
7. Objetivos del Estudio. . . . .	20
7.1 Generales . . . . .	20
7.2 Específicos . . . . .	21
CAPITULO II - MARCO TEORICO. . . . .	23
1. Enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil . . . . .	24
1.1 Antecedentes. . . . .	24
1.2 Enfoque de Riesgo . . . . .	25
1.3 Grado de Riesgo . . . . .	31
1.4 Factores de Riesgo. . . . .	34

	Página
2. Salud Materno Infantil y el Embarazo de Alto Riesgo . . . . .	38
2.1 Embarazo de Alto Riesgo . . . . .	40
2.2 Embarazo en Adolescentes. . . . .	55
2.3 Problemas de Salud y el Embarazo en Adolescentes. . . . .	62
3. El Recién Nacido de Riesgo . . . . .	71
3.1 Problemas de Salud y el Embarazo de Alto Riesgo . . . . .	84
3.2 Atención del Recién Nacido con Riesgo en Panamá. . . . .	88
3.3 Factor Económico en la Atención al Recién Nacido con Riesgo . . . . .	99
3.4 Evaluación y Clasificación del Recién Nacido con Riesgo. . . . .	101
3.4.1 Características Neonatales e indicadores de Problemas. . . . .	109
3.5 Atención ambulatoria del Recién Nacido en Panamá. . . . .	126
3.6 Patrones de Embarazo y la Morbimortalidad Infantil . . . . .	131
3.7 Morbilidad Materno Infantil en Panamá. . . . .	141
4. Intervención de Enfermería en la Atención del Recién Nacido de Madres Adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería del Autocuidado de Dorothea E. Orem . . . . .	144

	Página
4.1 Importancia de la Aplicación de la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem, en la atención del Recién Nacido de Madres Adolescentes . . . . .	150
4.2 Teoría de Enfermería del Auto - cuidado de Dorothea E. Orem . .	156
 CAPITULO III - METODOLOGIA . . . . .	 163
1. Diseño . . . . .	164
2. Técnicas . . . . .	165
3. Instrumento. . . . .	166
4. Procedimiento. . . . .	168
5. Universo . . . . .	170
6. Muestra. . . . .	172
7. Análisis de Datos. . . . .	175
 CAPITULO IV - ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS. . . . .	 177
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. . . . .	 279
BIBLIOGRAFIA. . . . .	291
APENDICES . . . . .	304
ANEXOS. . . . .	434

## INDICE DE CUADROS

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
1	Nacimientos y morbilidad registrada en el Grupo de Recién Nacidos del Hospital del Niño en años 1987 - 1988 . . . . .	180
2	Porcentaje de morbilidad en recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	182
3	Residencia de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	185
4	Residencia de madres adolescentes por Corregimiento, según atención recibida en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	186
5	Total de habitantes por vivienda de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	187
6	Viviendas y cuartos para dormir en los hogares de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	189



<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
7	Hogares con agua potable y servicio sanitarios dentro de la vivienda de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	190
8	Madres adolescentes atendidas según edad en el Hospital Santo Tomás en los meses de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	191
9	Madres adolescentes atendidas según estado civil en el Hospital Santo Tomás en los meses de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	192
10	Madres adolescentes según años de estudios atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	193
11	Patologías encontradas en antecedentes familiares. Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	194
12	Controles prenatales brindados a las madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	196

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
13	Controles prenatales recibidos por madres adolescentes, atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	198
14	Morbilidad de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	200
15	Resumen de los factores de riesgo que afectan la salud de la madre adolescente y su hijo. . . . .	201
16	Madres adolescentes según sexo del recién nacido atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	203
17	Peso al nacer según número de recién nacidos, hijos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	204
18	Edad de madres adolescentes según peso al nacer de los recién nacidos atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	206

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
19	Estado civil de madres adolescentes según peso al nacer de los recién nacidos atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . .	208
20	Apgar al minuto según peso al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	210
21	Talla al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	212
22	Apgar al minuto y cinco minutos de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . .	214
23	Edad gestacional del recién nacido de madres adolescentes, atendidas en el Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 . . . . .	216
24	Condición al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes, atendidas en el Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	218

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
25	Condición de salud a los 15 días de vida del recién nacido, de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	219
26	Condición de salud a los 30 días de vida de los recién nacidos de madres adolescentes, atendidas en el Hospital Santo Tomas de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	221
27	Control de salud a los 15 días de vida de los recién nacidos de madres adolescentes, atendidas en el Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	223
28	Control de salud a los 30 días de vida de los recién nacidos de madres adolescentes, atendidas en el Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	224
29	Tipo de alimentación proporcionada al recién nacido de madres adolescentes. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	225
30	Resumen de los factores de riesgos que afectan la salud de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomas de octubre a diciembre de 1988. . . . .	226

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
31	Morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomas de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	231
32	Morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes según tipo de parto en el Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	235
33	Resumen de los factores de riesgo asociados a la morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	236
34	Edad de madres adolescentes según presencia o no de morbilidad del recién nacido. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	241
35	Morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes según edad de las madres. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	244
36	Morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes, según apgar al primer minuto de vida. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	246

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
37	Morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes según edad gestacional. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	248
38	Edad gestacional del recién nacido según condición de morbilidad a los 30 días de vida. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	251
39	Morbilidad de los niños recién nacidos de madres adolescentes según tiempo de vida. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	253
40	Resumen de los factores de riesgos asociados a la morbilidad neonatal de los recién nacidos de madres adolescentes. Hospital Santo Tomas de octubre a diciembre de 1988. . . . .	256
41	Peso al nacer de los recién nacidos y su condición con o sin morbilidad a los 15 días de vida. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	260
42	Morbilidades de los recién nacidos a los 15 días de vida según su peso al nacer. Hospital Santo Tomas de octubre a diciembre de 1988. . . . .	262

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
43	Peso al nacer de los recién nacidos y su condición con o sin morbilidad a los 30 días de vida. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	265
44	Morbilidad de los recién nacidos a los 30 días según sus pesos al nacer. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988 . . . . .	267
45	Número de controles prenatales recibidos por la madre adolescentes según la condición con o sin morbilidad a los 15 días de vida. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	269
46	Morbilidad a los 15 días de nacidos según número de controles prenatales recibidos. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	271
47	Número de controles prenatales recibidos por la madre adolescentes según su condición con o sin morbilidad a los 30 días de nacidos. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	274

<u>CUADRO No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
48	Morbilidad a los 30 días de nacidos según el número de controles prenatales recibidos. Hospital Santo Tomás de octubre a diciembre de 1988. . . . .	276



## INDICE DE GRAFICAS

<u>GRAFICA No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
1	Factores de riesgo y los daños asociados. . . . .	137
2	Factores de orden biológicos que afectan desfavorablemente la salud y aquellos que la favorecen. . .	138
3	Factores de orden económicos-sociales que afectan desfavorablemente la salud y aquellos que la favorecen. . . . .	139
4	Factores de orden ecológicos ambientales que afectan desfavorablemente la salud y aquellos que la favorecen. . . . .	140

## INDICE DE FIGURAS

<u>FIGURAS Nos.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
1	Esquema de Enfoque de Riesgo.	29
2	Factores que aumentan el riesgo de nacimiento de pre-término y de retraso de crecimiento fetal, según el momento en que con mayor frecuencia suelen presentarse . . . . .	78
3	Medidas preventivas del bajo peso al nacer. . . . .	82
4	Asistencia progresiva de recién nacidos. Flujograma Asistencial. . . . .	92
5	Acciones a cumplir en el Sector Recepción-Reanimación . . . . .	95
6	Sector de Cuidados transicionales Madre-hijo. . . . .	96
7	Sector de Cuidados intermedios . . . . .	97
8	Sector de alojamiento conjunto. . . . .	98
9	Flujograma de decisiones a tomar en la recepción de los recién nacidos vigorosos . .	103
10	Flujograma de decisiones en el sector Recepción-Reanimación . . . . .	106

## INDICE DE APENDICES

<u>APENDICES No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
1	Solicitud de Permisos, para la recolección de datos a Entidades Hospitalarias y Centros de Salud de la Región Metropolitana, San Miguelito, Alcalde Díaz y Chilibre. . . . .	305
2	Formato para la recolección de Datos . . . . .	315
3	Propuesta del Modelo del Plan de Atención para los recién nacidos de madres adolescentes, nacidos de octubre a diciembre de 1988 en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, aplicando la Teoría de Enfermería del Autocuidado de Dorothea E. Orem. . . . .	325
4	Valores sociales y patrones culturales. . . . .	415
5	Factor de riesgo al nacer, Apgar menor de 7. . . . .	417
6	Factor de riesgo al nacer, Partos prematuros con menos de 37 semanas de gestación. .	419
7	Factor de riesgo al nacer, Madres adolescentes menores de 15 años. . . . .	421
8	Factor de riesgo neonatal, Bajo peso al nacer con menos de 2,500 gramos . . . . .	423
9	Factor de riesgo neonatal, menos de cuatro controles prenatales. . . . .	425

<u>APENDICES No.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
10	Relación entre factores de riesgo, asociados a la morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes. Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988 .	427
11	Factores de riesgo asociados a la morbilidad neonatal de los recién nacidos de madres adolescentes. Hospital Santo Tomás de Octubre a Diciembre de 1988. . . . .	429
12	Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad según el nivel social, económico-cultural y de salud. . . . .	431
13	Diagrama de acontecimientos relativos al embarazo en adolescentes como población de alto riesgo . . . . .	433

## INDICE DE ANEXOS

<u>ANEXOS Nos.</u>	<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
1	Puntaje de Apgar . . . . .	436
2	Flujograma del monitoreo del crecimiento físico en niños de 0-5 años según indicadores antropométricos. . . . .	438
3	Esquemas de citas. . . . .	440
4	Instrucciones para la aplicación del perfil de evaluación del desarrollo del niño de 0 a 6 años . .	442
5	Perfil para la evaluación del desarrollo del niño de 0 - 1 mes. . . . .	450

## I N T R O D U C C I O N

En el mundo entero se han realizado pruebas las cuales demuestran que los riesgos de morbilidad y mortalidad materna e infantil son mayores en cuatro tipos específicos de embarazos. Así, los embarazos pueden ser considerados de alto riesgo si corresponden a: embarazos antes de los 18 años de edad, embarazos después de los 35 años de edad, embarazos después de cuatro partos y embarazos con menos de dos años de espaciamento.

Diversas investigaciones han demostrado que algunos patrones de parto son mucho más peligrosos que otros, para el niño y, dentro de éstos, se incluyen los cuatro tipos de embarazos de alto riesgo previamente mencionados.

En la República de Panamá, al igual que en otros países, se está observando que la incidencia de embarazos en el grupo de adolescentes persiste, motivo por el cual aumenta el riesgo con posibles complicaciones en los períodos: prenatal, parto, puerperio y el período neonatal, tanto para la madre adolescente como para su recién nacido.

A nivel de la Universidad de Panamá, la Fa-

cultad de Enfermería dentro de sus Programas Educativos, está dictando un Programa de Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil, el cual tiene como objetivo preparar un grupo de profesionales capaces de brindar una atención de calidad, tanto al individuo como a su familia y comunidad.

Lo expresado anteriormente nos motivó a efectuar una revisión bibliográfica de los estudios e investigaciones realizados en Panamá y en otros países, para así tener suficientes elementos de juicio para desarrollar la problemática del embarazo de alto riesgo en nuestra población de adolescentes menores de 18 años de edad, atendidas en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1988.

Esta recolección de datos tiene como finalidad detectar, estadísticamente, los posibles factores de riesgo que están incidiendo en la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes, con el propósito de contrarrestar sus efectos o minimizarlos



mediante una atención de salud adecuada y oportuna.

Los antecedentes, justificación y algunos temas del contenido, nos han conducido a desarrollar la presente investigación sobre la propuesta de un Modelo del Plan de Atención al recién nacido de madres adolescentes.

El propósito fundamental de este estudio, es el de determinar los posibles factores de riesgo asociados a la morbilidad y mortalidad del recién nacido de madres adolescentes y establecer un modelo del plan de atención, según los riesgos detectados, aplicando la Teoría de Enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem.

El sujeto de la investigación será el recién nacido de madres adolescentes, ya que el mismo tiene la probabilidad de enfermar o morir en el período neonatal, dependiendo de los riesgos que presente.

Por consiguiente, para alcanzar la propuesta hemos dividido nuestro contenido en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se desarrolla todo el Marco Conceptual que abarca: la descripción del

área problemática, surgimiento del estudio, formulación del problema, definición de términos, las variables del estudio y los objetivos que, a su vez, han sido divididos en generales y específicos.

En el segundo capítulo tratamos el Marco Teórico, el cual encierra el enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil en general, la salud Materno Infantil y el embarazo de alto riesgo, el recién nacido de riesgo y la intervención de enfermería basado en el modelo del Plan de Atención al recién nacido en Madres Adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem.

En el capítulo tercero se presenta la Metodología en la que se mencionan: el diseño del estudio, la técnica, el instrumento, procedimiento, universo, muestra y el análisis de datos.

El capítulo cuarto comprende el Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos.

Posteriormente, presentaremos las conclusiones y recomendaciones a las cuales hemos llegado después

de haber realizado este minucioso estudio.

En la bibliografía incluimos todos los textos utilizados y sus referencias.

Seguidamente, ofrecemos un apéndice en el que se puede apreciar la propuesta del Modelo del Plan de Atención para los recién nacidos de Madres Adolescentes, ocurridos en octubre, noviembre y diciembre de 1988 en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, aplicando la Teoría de Enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem.

Finalmente hemos preparado un anexo, el mismo consta de un material didáctico y visual imprescindibles y que nos servirá de referencia.

Consideramos que esta investigación resultará de sumo interés social y profesional, ya que el riesgo en el recién nacido de madres adolescentes afecta no sólo el desarrollo individual, sino también el familiar y nacional. Igualmente, nos permitirá adquirir nuevos conocimientos y darlos a conocer al resto de los profesionales del equipo de salud.

Para concluir, presentaremos algo novedoso en el estudio, que será la elaboración de un modelo del plan de atención específico a los recién nacidos de madres adolescentes, el cual esperamos pueda ser implementado en un futuro cercano, ya que el mismo ofrecerá ciertas pautas necesarias en la implantación de la atención en base al riesgo.

C A P I T U L O    I

MARCO CONCEPTUAL

## 1. DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMATICA

A través de los años, la literatura médica ha señalado que el producto del embarazo en adolescentes tiene mayor posibilidad de enfermar y morir que la población en general y que este riesgo se origina de factores maternos de orden biológicos, socio-económicos, culturales, psicológicos y ambientales.

A nivel mundial se ha observado un acrecentamiento en la incidencia del embarazo en el grupo de adolescentes, el cual aumenta el riesgo de posibles complicaciones en los períodos prenatal, parto, puerperio y neonatal del binomio madre adolescente-recién nacido.

En Panamá, dicha situación afecta la población en general, ya que el embarazo en la adolescencia no sólo compromete la salud de ella y su producto, sino que involucra una serie de problemas familiares, comunitarios y nacionales desde el punto de vista social, cultural, económico y de salud.

A pesar de que la tasa de nacidos vivos de mujeres adolescentes ha disminuido ligeramente, el

número absoluto de estos nacimientos no han sido reducidos debido al incremento de adolescentes en la población y, sobretodo, la fertilidad en niñas menores de 16 años. Esto da como resultado un riesgo creciente en cuanto al nacimiento de niños con bajo peso al nacer, prematuridad y otras complicaciones por morbilidad y mortalidad en el grupo de recién nacidos de madres adolescentes.

Toda esta problemática nos condujo a seleccionar, para la presente investigación, al grupo de recién nacidos de madres adolescentes menores de 18 años de edad atendidas en la Maternidad María Cante-  
ra de Remón del Hospital Santo Tomás en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1988, para describir y explicar su situación de salud y enfermedad.

## 2. SURGIMIENTO DEL ESTUDIO

Lo que nos ha motivado a la realización del presente estudio es el hecho que, dentro de los diferentes tipos de embarazos de alto riesgo, se hace mención del embarazo antes de los 18 años de edad, el cual es peligroso para las madres y sus productos.

La cuidadosa revisión bibliográfica llevada a cabo, no sólo de los estudios e investigaciones hechas en Panamá, sino también en diversos países del mundo, nos llevó a cuestionarnos sobre la necesidad de conocer la situación de salud y enfermedad de los recién nacidos de madres adolescentes, para así determinar los posibles factores de riesgos que están incidiendo directa e indirectamente en la morbimortalidad de este grupo etario. Esto nos condujo a proponer un modelo del plan de atención al recién nacido de madres adolescentes con la finalidad de brindarles una atención de salud adecuada y oportuna que disminuya los riesgos por enfermedad y/o muerte.

Si consideramos que en Panamá el 20% de los nacimientos se concentran en mujeres menores de 19 años y de éstos el 1% corresponde a mujeres menores de 16 años de edad, según datos obtenidos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, veremos que el problema es real y con tendencia a persistir y aumentar si no se le ofrece la debida atención y solución inmediata.



Nos menciona el Dr. Rodolfo Poveda al igual que otros investigadores que en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, la incidencia de recién nacidos de muy bajo peso al nacer es elevada con un 1.2%, observándose que un elevado porcentaje de las madres de dicho estudio eran adolescentes, (33%). También señalan una serie de complicaciones durante el embarazo que aumentan el riesgo para los recién nacidos, en cuanto a niños pretérminos, pequeños para su edad gestacional y otros, a los cuales aumentan el riesgo por secuelas invalidantes y muertes en el período neonatal.

Es por ello, que consideramos que nuestro aporte como profesionales de la salud, deriva del hecho de poder proporcionarle al grupo de recién nacidos de madres adolescentes algunas medidas de intervención que disminuyan los riesgos de enfermar y morir.

Además, hemos tomado en cuenta uno de los propósitos fundamentales de la Atención Materno Infantil el cual es contribuir a la disminución de la morbimortalidad de las madres, niños y adolescentes; al desarrollo óptimo de la Maternidad, niños y ado-

lescencia; al bienestar biológico y social de estos grupos, sus familiares y comunidades del país.

### 3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La proporción de embarazos entre la población de adolescentes, constituye un problema que cada día trae implicaciones de riesgo no sólo al binomio madre adolescente-recién nacido, sino también a las familias en general, situación que se está dando no sólo en nuestro medio, sino también en otros países del mundo.

Así tenemos que autores como Leo Morris, de los Centros para control de las enfermedades de los Estados Unidos ha indicado que: "las altas tasas de fecundidad en adolescentes en muchos países americanos entre 1978 y 1982, parecieran demostrar que existe un cambio en la conducta sexual de la adolescente, lo cual estaría en la actualidad iniciando más precozmente su vida sexual".<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Benjamín Vice y Waldo Campos. "La Experiencia Chilena de mortalidad infantil y materna, 1940-1985". Prespectivas Internacionales en Planificación Familiar. Estados Unidos: The Alan Guttmacher Institute, 1987. p. 26.

Llama la atención que este fenómeno se está dando en muchos países, Panamá no escapa de él. En base a esto, en el Distrito de Panamá en 1982, se realizó un estudio que lo corrobora, ya que un alto porcentaje, el 50.1% de la población de adolescentes encuestados que totalizaban 443 casos, habían sostenido relaciones sexuales completas, lo cual resulta adverso, porque biológicamente está comprobado que en la edad de la adolescencia, los jóvenes no han completado aún el ciclo de desarrollo del aparato reproductor, lo que tiene serios efectos sobre la madre y el niño, constituyéndose en grupos de alto riesgo.<sup>1</sup>

En la Revista Population Reports de la Universidad John Hopkins de mayo de 1985, anotan que investigaciones realizadas en diversos lugares del mundo demuestran "que algunos patrones de parto son mucho más peligrosos para el niño que otros y dentro de éstos se nombran los embarazos antes de los 18 años

---

<sup>1</sup> Ministerio de Planificación y Política Económica. Diagnóstico de la Juventud Panameña 1970 - 1985. Panamá: Ministerio de Planificación y Política Económica, 1985. p. 70.

de edad. En este tipo de embarazo son mayores los riesgos por mortalidad fetal tardía, de muerte durante la primera infancia, de varios problemas de salud de la niñez y de una salud afectada durante muchos años<sup>1</sup>.

Tomando en cuenta los patrones de embarazo y mortalidad infantil, se señalan los resultados de la encuesta mundial de fecundidad efectuada en Bangladesh, que "el alto riesgo al que están expuestos los primogénitos de mujeres muy jóvenes es alto, ya que una cuarta parte de los primogénitos de mujeres menores de 16 años, murieron durante el primer año de vida."<sup>2</sup>

Con respecto al problema de salud durante la infancia y el embarazo de alto riesgo, se comprueba que los niños de madres jóvenes son los que tienen más probabilidades de nacer con bajo peso.

---

<sup>1</sup> Ward Rinehart y Adrienne Kols. "Patrones de embarazo y mortalidad infantil." Population Reports. Mayo 1985, p. 27.

<sup>2</sup> Ibid., p. 30.

Ricardo Schwarcz explica que aunque se espera que: "en América Latina ocurra una reducción del 14% en promedio en la tasa de natalidad entre 1980 y el año 2000, se elevaría en un 26% la población expuesta a los riesgos de la reproducción por el aumento de la población latinoamericana."<sup>1</sup>

Esto nos indica que la población expuesta a los riesgos relacionados con los procesos de la reproducción es creciente y recurrente, si tomamos en cuenta la edad en que las mujeres fértiles se están embarazando, principalmente en el grupo de las adolescentes.

En Panamá se calculó que por miles de nacidos vivos al año, los ocurridos en el quinquenio 1975-1980 serían de 56 y los esperados en el quinquenio 1995-2000 serían de 64 por mil.

En la República de Panamá: "la morbi-mortalidad

---

<sup>1</sup> Ricardo Schwarcz. "Salud perinatal y actividades regionales del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la OPS/OMS". Salud Pública Perinatal. Tomo II, Uruguay: Publicación Científica 1042, octubre 1984, p. 11.1

Materno Infantil, a pesar de que ha descendido en el último quinquenio, aún se mantiene en niveles elevados y la muerte neonatal precoz sigue representando el 50% de las muertes infantiles observadas en el país",<sup>1</sup> según datos obtenidos por el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Hacen mención que la mitad de las muertes neonatales se deben principalmente a hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido (5.7%).

"Que si bien es cierto que los factores que producen estas defunciones son múltiples, la atención de la demanda no dirigida a la captación con enfoque de riesgo, favorecen la persistencia de estos daños."<sup>2</sup>

Agregan, además : "Un alto porcentaje de las defunciones neonatales se producen en los tres primeros días de nacidos y el 40% de estas muertes están

---

<sup>1</sup> María Luisa García de Aybar y otros. Proyecto de Atención Perinatal con enfoque de riesgo en la República de Panamá. Panamá: Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, 1985.p. 2.

<sup>2</sup> Ibid., p. 3.

asociadas al bajo peso al nacer, representando este grupo el 85% de los nacimientos en Panamá." <sup>1</sup>

Es importante recalcar el hecho de que los sobrevivientes de bajo peso al nacer, niños prematuros y los pequeños para la edad gestional, tienen un riesgo elevado para enfermar y/o morir en el período neonatal, comparados con los niños que nacen con el peso normal, por ende, los primeros tienen mayor tendencia a presentar alteraciones del crecimiento y desarrollo neurológico.

En estudios prospectivos del recién nacido de muy bajo peso, llevado a cabo en la ciudad de Panamá, en el Hospital del niño, el Dr. Rodolfo Poveda y otros autores, lograron determinar ciertos factores de riesgo en los recién nacidos de muy bajo peso teniendo como base el expediente del niño. Mencionan los autores que, de los casos estudiados, un porcentaje elevado de las madres eran adolescentes (33%) y como se sabe, es un grupo de alto riesgo

---

<sup>1</sup> María Luisa García de Aybar y Otros.  
Op. Cit., p. 5.

para tener descendencia de bajo peso y parto pre-  
turo.<sup>1</sup>

Sin embargo, recalcan los autores citados que la edad como riesgo per sé, está íntimamente ligada a otras variables como: Nivel socio-económico bajo, nutrición deficiente, educación mínima y efectos ambientales adversos.

Esto es corroborado por datos presentados por el Ministerio de Salud el cual explica que: "entre los factores de riesgo detectados como los más importantes asociados al bajo peso son: la hipertensión arterial durante el embarazo, antecedentes de nacimientos previo de bajo peso, desnutrición de la mujer embarazada, edad materna menor de 18 años o mayor de 35 años, ruptura prematura de membranas, sangramiento durante el embarazo, infección prenatal, inadecuado control prenatal y bajo nivel socio económico."<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>  
Rodolfo Poveda, Criseida S. de Owens y Ana de Ruiz. "Estudio prospectivo del recién nacido de muy bajo peso: 2 Control ambulatorio". Revista del Hospital del Niño. (Mayo: 1988, Vol. 7, No. 1), p. 17.

<sup>2</sup>  
María Luisa García de Aybar y otros. Op. Cit., p. 3



Aunado a todo lo expuesto anteriormente, se ha observado que la mayor proporción de la población en riesgo se encuentran en las comunidades postergadas y marginadas, las que albergan a los grupos de más bajo nivel socioeconómico de nuestro medio, lo cual agrava la situación de salud de los mismos.

Actualmente, existe la necesidad de realizar un estudio del estado de salud y enfermedad del recién nacido de las madres adolescentes en nuestro medio, el cual nos describirá algunos de los factores de riesgos que están incidiendo en la morbimortalidad del recién nacido en el período neonatal, el mismo permitirá brindarle a dicho grupo en particular una atención con base al riesgo.

Esta investigación resultará de gran interés social y profesional, ya que el riesgo en el recién nacido de madres adolescentes afecta no sólo al desarrollo individual y familiar, sino también a nivel nacional lo que implica una serie de gastos adicionales por enfermedad, incapacidades, rehabilitación y daños permanentes en el recién nacido. Al mismo tiempo, nos permitirá adquirir nuevos conoci-

mientos y darlos a conocer al resto de los profesionales que trabajan con poblaciones materno infantil en todos los niveles de atención.

Creemos que el equipo de salud podrá utilizar los conocimientos adquiridos sobre el riesgo de morbimortalidad detectado en los recién nacidos de madres adolescentes, para brindarle una atención de salud adecuada y oportuna disminuyendo así los posibles daños. Esto se logrará dando a conocer estos resultados a los diferentes grupos sociales y profesionales de nuestro medio e implementando la educación y orientación a la población en general.

Presentaremos en esta investigación algo novedoso, que será la elaboración de un modelo del plan de atención específico a los recién nacidos de madres adolescentes, ocurridos en la Maternidad del Hospital Santo Tomás en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1988, aplicando la Teoría de Enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem.

Por último, esperamos que en un futuro cercano se pueda probar e implementar el modelo de plan de atención antes mencionado, a un mayor número de

recién nacidos de madres adolescentes y que el mismo ayude a la implantación de la atención con base al riesgo.

#### 4. FORMULACION DEL PROBLEMA

Nuestro interés en la presente investigación es el de descubrir la situación del niño recién nacido de madres adolescentes y explicar su situación de salud y de enfermedad en relación a ciertas variables sociales, biológicas y de atención y así, poder medir cuales de ellas ejercen mayor influencia.

Para ello hemos formulado la siguiente pregunta: ¿Cómo prevenir o disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad del recién nacido de madres adolescentes? Nos hemos propuesto como hipótesis que el 15% de los niños recién nacidos de madres adolescentes sufren algún problema de morbilidad en el período neonatal.

5. DEFINICION DE TERMINOS

Adolescente:

Es la etapa de transición durante el cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se delimita entre los 10 y 20 años de edad.

Embarazo:

Estado materno de tener un feto en desarrollo en el cuerpo.

Embarazo de Alto Riesgo:

Es aquel en el que la madre, feto o el recién nacido estarán expuestos a mayores peligros que un embarazo normal.

Riesgo:

Es la probabilidad que tiene el recién nacido de madres adolescentes de sufrir en el futuro un daño en su salud.

Factores de Riesgo:

Son las características o circunstancias personales, ambientales o sociales de los individuos

o grupos, asociados con un aumento de esta probabilidad.

Recién Nacido:

Dícese del producto de la gestación que nace vivo y comprende desde su nacimiento a los 30 días de vida.

Madre Adolescente:

Mujer menor de 18 años de edad que después de un período de gestación procrea un niño vivo.

Neonato de Alto Riesgo:

Todo niño cuya existencia extrauterina, cualquiera que sea su edad gestacional o peso de nacimiento, se ve amenazada por una cantidad de factores (prenatales, natales y postnatales) y requiere asistencia médica especial.

Modelo

Es la ilustración simbólica, expresada en términos lógicos de una situación relativamente simple que demuestra la estructura del sistema original.

### Plan de Atención

Es una forma de comunicar, por escrito a otro personal las necesidades de atención, los objetivos del cuidado y las actividades específicas que se tomarán para cuidar al recién nacido de madres adolescentes, en este caso en particular.

### Teoría de enfermería

Es un principio general, de valor científico que gobierna la práctica o que se propone para explicar los hechos observados.

## 6. VARIABLES

### Variables Dependientes:

Riesgo de morbimortalidad en recién nacidos de madres adolescentes.

### Variables Independientes:

De la Madre:

- Lugar de Procedencia.

- Nivel educativo de la madre adolescente.
- Estado Civil.
- Edad de la madre adolescente.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Historia gestacional.
- Control prenatal.
- Edad gestacional del embarazo.
- Presentación del producto.
- Atención profesional del parto.
- Forma de terminación del parto.
- Complicaciones relacionadas con el embarazo y parto.

Del recién nacido:

- Sexo del recién nacido.
- Apgar al minuto y cinco minutos de nacido.
- Peso al nacer.
- Talla al nacer.
- Edad gestacional.
- Condición del recién nacido al nacer.
- Enfermedad o patología presentada.
- Condición del niño al egresar.

- Asistencia a controles de salud:
  - 15 días de nacido.
  - 30 días de nacido.
- Condiciones de salud:
  - 15 días de nacido.
  - 30 días de nacido.
- Tipo de alimentación.

Otras variables:

- Lugar de procedencia.
- Número de cuartos de la vivienda.
- Número de personas que la habitan.
- Posee agua potable dentro de la vivienda.
- Posee servicio sanitario dentro de la vivienda.

## 7. OBJETIVOS

Generales:

- Establecer los posibles factores de riesgo asociados a la morbilidad del recién nacido de madres adolescentes.



- Proponer un modelo del plan de atención según riesgos detectados en los recién nacidos de madres adolescentes aplicando la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem.

Específicos:

- Describir la situación de salud y de enfermedad del recién nacido de madres adolescentes en relación a algunas variables sociales, biológicas y de atención.
- Indicar los posibles factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes.
- Describir los posibles factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes.
- Medir el grado de riesgo detectado según las variables estudiadas para determinar cuales ejercen mayor influencia.
- Relacionar los diferentes factores de riesgo detectados para determinar su influencia en la

morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes.

- Analizar los principales factores de riesgo detectados en los recién nacidos de madres adolescentes.
- Proponer un modelo del plan de atención al recién nacido de madres adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem.

C A P I T U L O    I I

MARCO TEORICO

1. ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNO  
INFANTIL

1.1 Antecedentes

Según datos obtenidos por el autor Elbio Néstor Suárez Ojeda, el cual señala que: "en el campo obstétrico perinatal, Little hizo referencia hace 120 años a la influencia de determinadas condiciones y antecedentes de las madres sobre la salud mental y psicológica del niño y llegó así a identificar los primeros factores de riesgo en relación con la mor-<sup>1</sup>bilidad perinatal."

Sin embargo, no fue sino hasta la segunda mitad de este siglo, cuando se produjeron los primeros estudios sistemáticos con la idea de predicción que caracteriza los estudios de riesgo. Así, los primeros estudios se realizaron de manera retrospectiva, los autores identificaban efectos en el área de parto y recién nacido, luego buscaban los factores

---

1

Elbio Néstor Suárez Ojeda. "El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno infantil". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. No. 92, Junio 1982, p. 482.

de riesgo en el período prenatal y en los factores socioeconómicos y ambientales. Posteriormente, en una segunda etapa de estos estudios retrospectivos, los factores de riesgo se investigaron por medio del análisis estadístico de la mortalidad infantil y perinatal.<sup>1</sup>

Es así, como en la actualidad, el enfoque de riesgo ofrece una herramienta metodológica para su aplicación como un modelo de investigación de salud a nivel de la población general y en especial para evaluar los problemas de salud de las madres y de los niños, teniendo en cuenta las características individuales, así como los efectos ambientales, sociales, genéticos y económicos de cada uno.

### 1.2 Enfoque de riesgo

En los últimos años se ha percibido la necesidad de mejorar los sistemas de salud en beneficio de las poblaciones más necesitadas y, en especial, en beneficio de la población materno infantil. Por ello se está trabajando constantemente en la elabo-

---

<sup>1</sup> Elbio Néstor Suárez Ojeda. Op. Cit., p.p. 482 - 493.

ración de nuevos métodos y enfoques para brindar y mejorar la calidad y amplitud de las presentaciones de salud.

Por consiguiente, la Organización Mundial para la Salud y otras organizaciones, han preparado un método de intervención basado en el concepto de riesgo, para mejorar la atención sanitaria de la madre y el niño. Dicho método puede considerarse como un instrumento de gestión flexible y racional que permite la distribución de los recursos existentes basándose en la medición de los riesgos individuales y colectivos.

Eduardo Sarué y otros autores de estudio mencionan que: "el enfoque de riesgo es un método de trabajo en el cuidado de salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo."<sup>1</sup>

A la vez lo define como: "la probabilidad que

---

<sup>1</sup> Eduardo Sarué y Otros. El concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1984, p. 50.

tiene un individuo o un grupo de individuos, de sufrir en el futuro un daño en su salud."<sup>1</sup>

Este enfoque de riesgo se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad o el mismo riesgo de enfermar y morir, sino que para algunas, esta posibilidad es mayor que para otras. Es así, como se establece un gradiente de necesidades de cuidados, que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo (baja probabilidad) de presentar un daño, hasta un máximo necesario sólo para aquéllos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de salud.

Lo expuesto anteriormente, nos indica que los cuidados de salud suponen cuidados no igualitarios de la población y requieren que los recursos para proveerlos sean distribuidos de acuerdo a las necesidades de los individuos o grupos, por lo cual se dará atención a toda la población; pero sobre todo a aquéllos que tengan mayor necesidad.

---

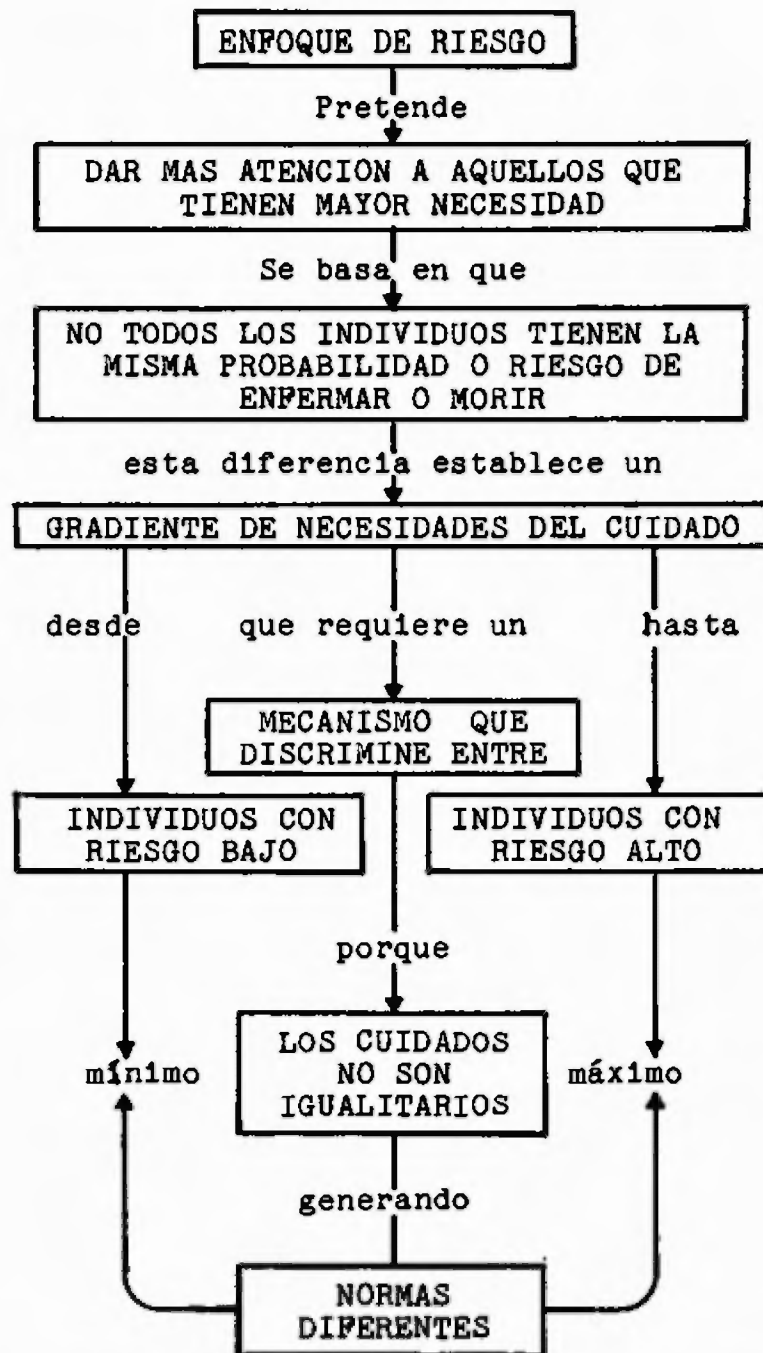
<sup>1</sup>

Eduardo Sarué y otros. Op. Cit., p.

En el Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, dentro de la normatización del cuidado de la Salud Materno Infantil, según el enfoque de riesgo, mencionan que es necesario que el equipo de salud disponga de un instrumento que los ayude en la identificación de individuos de alto y bajo riesgo, ya que las necesidades de salud del grupo de bajo riesgo se pueden resolver, por lo general, en un primer nivel de atención. Sin embargo, el de alto riesgo requiere técnicas más especializadas, aunque algunos podrán ser resueltos en un primer o segundo nivel de atención con personal y equipo más desarrollado. Por ello, las normas de atención materno infantil deberán diferir según el grado de riesgo que tenga el individuo. A continuación se presenta en la Figura No. 1 el Esquema del Enfoque de Riesgo.



FIGURA No. 1



Fuente: Elsa Moreno y Angel Gonzalo Díaz. "Normatización del Cuidado de la Salud Materno Infantil." Salud Perinatal 2. Uruguay: CLAP 1986, p. 51.

Dentro de las diferentes definiciones del riesgo les mencionaremos la de Renate Plaut el cual nos lo define en su aceptación más usual como: "la contingencia o proximidad de un daño."<sup>1</sup>

En Epidemiología y Salud Pública el riesgo es definido en un sentido teórico y estadístico como: "la probabilidad de que ocurra un fenómeno indeseado o daño."<sup>2</sup>

La probabilidad, según Renate Plaut, no está formulada teóricamente, pero en la práctica se le estima a través de tasas de incidencia y prevalencia si el daño es una enfermedad síndrome o complicación y, en términos de tasas de mortalidad si el daño es la muerte.

Elbio Néstor Suárez Ojeda define el riesgo como: "la probabilidad que tiene un individuo o

---

<sup>1</sup> Renate Plaut. "Análisis de Riesgo. Alcance y Limitaciones para el Administrador de Salud." Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 96, No. 4 (Abril 1984), p. 296.

<sup>2</sup> Ibid. p. 296.

grupo de sufrir un daño."<sup>1</sup>

Se puede entonces, recopilando las definiciones dadas por diversos autores, establecer ciertas similitudes en las definiciones, ya que todas establecen que el riesgo es una probabilidad que tiene una persona o varias personas de enfermar o morir. En la presente investigación, en el caso de una adolescente embarazada de 15 años de edad: que presenta un factor de riesgo que es su edad menor de 18 años, lo cual aumenta su probabilidad que es el riesgo, de tener un niño bajo peso o prematuro que sería el daño o resultado no deseado.

### 1.3 Grado de Riesgo

Eduardo Sarué y otros autores mencionan que: "el grado de riesgo alto y el grado de riesgo bajo miden con anterioridad a su ocurrencia, la probabilidad de un resultado futuro no deseado, de acuerdo con la experiencia del pasado. A este resultado no deseado se le denomina daño, el cual en

---

1

Elbio Néstor Suárez Ojeda. "El Enfoque de Riesgo en la Atención Prenatal y Materno Infantil". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 92, No. 6 (Junio 1982), p. 483.

el recién nacido podría ser la muerte en el período neonatal o alteraciones neurológicas consecutivas a asfixias u otras patologías.<sup>1</sup>"

El riesgo de que un evento ocurra o de que un resultado no deseado se produzca, variará entre una probabilidad de cero, es decir, que no se produzca nunca y la probabilidad de uno, es decir que se produzca en todas las personas. En rigor la probabilidad no es ni cero ni uno, ya que en ambos casos no hay probabilidad sino certeza de no ocurrencia o de ocurrencia en todos los casos, respectivamente, sino que ésta se encontrará en valores intermedios entre ambos. En tanto se acerque a cero, sin llegar a él, se tratará de bajo riesgo de ocurrencia de un daño y en tanto se acerca a uno, o sea, a que casi todos los individuos lo presenten, se tratará de alto riesgo para ese determinado daño.

Con lo expuesto anteriormente, es importante recalcar que el riesgo se refiere a una probabilidad

---

<sup>1</sup> Eduardo Sarué y Otros. El concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1984, p. 51.

y cuando se dice que una embarazada tienen alto riesgo por presentar desnutrición y anemia, si además es menor de 15 años o madre soltera, se está mencionando que ella tiene una probabilidad más alta que otras embarazadas de tener problemas de salud en el futuro, sea para ella misma, el feto o para el recién nacido. Es así como no se tiene la certeza de que ello ocurrirá, sino que se sabe que la probabilidad de que aparezca un determinado daño o problema de salud es más alta para ella de lo que será para una mujer embarazada que no presenta estas características (bajo riesgo).

La medición del grado de riesgo, según Eduardo Sarué, "es la base de la programación y de la atención según el enfoque de riesgo, ya que permite separar en la población a aquellos individuos, familias o comunidades que tienen una mayor probabilidad de sufrir determinados daños para su salud. Lo que significa que tienen una mayor necesidad de atención, lo que deberá orientarse hacia ellos."<sup>1</sup>

Recordemos que en la atención de salud a la

---

<sup>1</sup> Eduardo Sarué. op. cit., p. 52.

población materno infantil, para medir el grado de riesgo como lo explican los autores citados, se hace necesaria la identificación, selección y análisis de los diferentes grupos expuestos, ya que dependiendo de los diversos factores de riesgo presentados por dichos grupos, se podrá entonces determinar las posibles probabilidades de daño o enfermedad.

#### 1.4 Factores de Riesgo

La salud y la enfermedad se consideran, en el enfoque de riesgo, como un continuum resultante de la interacción mutua en el individuo de la influencia de tres sistemas evolutivos: el biológico, ecológico y sociocultural. Los factores de riesgo son parte de estos sistemas y su identificación y análisis se hace siguiendo los principios epidemiológicos de multifactorialidad y multicausalidad de la salud y de la enfermedad, según nos menciona Nora Bertoni y otros autores.

Dichos autores definen los factores de riesgo como: "características o circunstancias personales, ambientales o sociales de los individuos o grupos,

asociados con un aumento de esta probabilidad."<sup>1</sup>

Renate Plaut define en epidemiología el factor de riesgo de un daño: "a todo factor, característica o circunstancia que va acompañado de un aumento de la probabilidad o riesgo de que ese daño ocurra, sin prejuzgar si el factor en cuestión es o no es una de las causas del daño, aun cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad."<sup>2</sup>

Para Elbio Néstor Suárez Ojeda el factor de riesgo está definido como: "toda característica de una persona o grupo que está asociado a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso."<sup>3</sup>

---

1 Eduardo Sarué y Otros. Op. Cit.,  
p. 52.

2 Renate Plaut. Op. Cit., p. 297.

3 Elbio Néstor Suárez Ojeda. Op. Cit.,  
p. 483.

En este trabajo los factores de riesgo serán definidos como aquellas características o circunstancias que presenten el binomio madre adolescente - recién nacido, que los exponen a un riesgo aumentado de contraer o padecer un proceso patológico, que los lleve a enfermar o morir.

Tengamos presente, que en los diferentes niveles de salud, de la población en general, podrán existir ciertos factores de riesgo que no se podrán modificar a nivel personal en un momento determinado, sin embargo se podrán efectuar intervenciones que disminuyen el impacto negativo del factor en las personas, a la vez que se efectúen intervenciones a nivel poblacional para lograr modificaciones en el futuro.

Dentro de la amplia nómina de factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y de su producto, se pueden diferenciar aquéllos que generan un riesgo potencial de aquéllos otros que determinan un riesgo real por presentar una patología ya establecida.

Entre los riesgos potenciales figuran fundamen-



talmente los preconcepcionales (clase social, estado civil, nivel educacional, paridad, edad materna y otros). Entre los riesgos reales están incluidos, los cuadros donde figuran la patología ya establecida como toxemia, diabetes, hemorragia, enfermedad hemolítica feto-neonatal, anemia y otras.

Es importante recalcar que cada uno de estos tipos de riesgos requieren en cuanto a su atención obstétrica y neonatal distintas modalidades operativas.

En el caso específico de adolescentes embarazadas que presenten factores que hacen un riesgo potencial, para constituir las en grupo vulnerable, se necesitará de una adecuada cobertura médica para su atención prenatal, obstétrica, neonatal y durante el parto. Recordemos que, el objetivo fundamental en este grupo, es controlar la evolución del proceso para evitar que el riesgo se convierta en real.

Es así, como dentro de la atención de salud prestada al grupo materno infantil, de la cual las adolescentes embarazadas y sus recién nacidos forman parte, se requiere de la identificación, ponderación

y evaluación de los factores de riesgo perinatal para su atención tomando en cuenta el enfoque de riesgo establecido en las normas de atención existentes. Esto redundará en beneficio a corto plazo para toda la población.

2. SALUD MATERNO INFANTIL Y EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

La mejoría en los resultados del embarazo para las madres y los niños, es el principal objetivo de todos los profesionales relacionados con la práctica de salud materno infantil.

Se han logrado grandes progresos en el resultado de la reproducción con respecto a la madre, ya que desde principio del siglo con los avances en la tecnología médica y su aplicación a la práctica de la salud materno infantil han mejorado la mortalidad materna. En cuanto al niño, se han logrado avances progresivos juzgando por los datos de la mortalidad infantil y perinatal, los cuales se deben a los avances en la atención y calidad de vida del niño.

Si miramos en una amplia perspectiva el progreso realizado en la atención integral materno infantil en los últimos años, encontramos que han surgido tres grandes hechos:

- Se están identificando a las embarazadas y el niño de alto riesgo.

- Se están brindando servicios integrales de atención materno infantil a los pacientes de alto riesgo, inclusive la disponibilidad de la planificación familiar.

- El desarrollo de programas de investigación, especialmente dedicados a evaluar el ambiente fetal y el estado del feto en el útero; cambios bioquímicos y endocrinológicos que ocurren durante el embarazo y el papel de la nutrición materna y neonatal en relación con el crecimiento y desarrollo físico y mental.

De los aspectos mencionados anteriormente, tengamos presente que además de la investigación biológica se están incorporando los criterios del aspecto psicológico y cultural en los factores étni-

cos, regionales, comunitarios, familiares e interpersonales que afectan a las gestantes y su actitud hacia la conservación de la salud, la responsabilidad familiar, el embarazo y el niño.

Todo esto nos lleva a determinar una adecuada coordinación en la atención con base al riesgo, la cual mejorará el resultado del embarazo a través de la atención integral de la maternidad y el recién nacido.

### 2.1 El embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo es un concepto ampliamente utilizado, tanto en el terreno obstétrico como pediátrico, el mismo conlleva factores responsables de morbilidad y mortalidad neonatal.

Dentro de los grupos humanos, las madres y los niños constituyen la parte más vulnerable a la enfermedad, la incapacidad y la muerte. Ellos deben su vulnerabilidad a la posesión de las características particulares del embarazo o de la edad joven, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, el crecimiento y el desarrollo.

Si bien es cierto que el grupo materno infantil representa un grupo de probable riesgo, en la actualidad se han tomado en cuenta una serie de programas preventivos con base al riesgo para detectar y disminuir los mismos en dichos grupos. Para ello, es indispensable detectar los factores de riesgo que pueden ejercer sus efectos en forma aislada y en asociación; ya que, la importancia relativa de cada uno de ellos variará con las condiciones individuales y socioecológicas.

El autor Elbio Néstor Suárez Ojeda refiere que: "algunos de los grupos expuestos a una alta mortalidad perinatal, se caracterizan por las malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento y la residencia en determinados barrios de la ciudad."

En nuestros países en vías de desarrollo, se observa que existen grandes áreas en zonas urbanas y periurbanas, que tienen un medio geográfico y ambiental inadecuado para el desarrollo óptimo de la salud de su población. Panamá, en la actualidad, no

---

1

Elbio Néstor Suárez Ojeda. " El Enfoque de riesgo en la Atención Perinatal y Materno Infantil" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 92, No.6, (Junio, 1982), p. 485.

escapa a este hecho, lo cual trae serios problemas de marginalidad, desempleo, promiscuidad, delincuencia, inestabilidad familiar y otros que inciden en forma directa en lo que es el crecimiento y desarrollo óptimo de su población.

El embarazo de alto riesgo es definido por Ernesto Díaz del Castillo como: "aquel que tiene o probablemente tenga estados concomitantes como la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre, o de su hijo, o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico pobre, con o sin las anteriores circunstancias."<sup>1</sup>

Por otro lado los autores Marshall H. Klaus y Avroy A. Fanaroff consideran el embarazo de alto riesgo como: "aquel cuyo feto tiene perspectivas mucho mayores de morir antes o después del parto, o de sufrir alguna incapacidad más adelante."<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Ernesto Díaz del Castillo. Pediatría Perinatal. (México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1981), p. 110.

<sup>2</sup> Marshall H. Klaus y Avroy A. Fanaroff. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2a. edición, (Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1981), p. 61.

Para Ralph C. Benson el embarazo de alto riesgo "es aquél en el que la madre, feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros<sup>1</sup> que en un embarazo normal."

Autores como Behrman, Vanghaun y Nelson nos definen el embarazo de alto riesgo como: "aquel en el cual existen factores que incrementan posibilidad de aborto, muerte fetal, prematuridad, bajo peso, enfermedad fetal o neonatal, malformaciones congénitas, retraso mental u otros."

Al comparar las definiciones dadas anteriormente por diversos autores, observaremos que, en su mayoría, coinciden en que el embarazo de alto riesgo representa un período determinado en el cual pueden resultar afectados el binomio madre-recién nacido, los cuales podrían ser condicionados también por

---

<sup>1</sup> Ralph C. Benson. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. Cuarta edición. (México: Editorial Moderno, S.A., 1985), p. 603.

<sup>2</sup> Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. 1, 9a. edición. (España: Editorial Interamericana, 1985), p. 352.

factores ambientales, socio-económicos, biológicos y culturales.

Nosotros optaremos, en el presente estudio por la definición del embarazo de alto riesgo como aquél en donde la madre gestante es una adolescente menor de 18 años de edad, la cual tendrá las probabilidades de presentar riesgo por morbilidad o mortalidad para ella, su producto o ambos.

Por ello es importante que el desarrollo biológico, físico, psicológico, social y económico de toda madre gestante sea el más adecuado, ya que de ello dependerá en gran parte la supervivencia de ella y su producto.

Como la mayoría de los embarazos comienzan y terminan normalmente, es importante descubrir temprano aquéllos en donde existen factores que puedan incrementar la vulnerabilidad del binomio madre-hijo.

Estos factores de riesgo perinatal, según el momento en que pueden llegar a ser identificados, se clasifican en: preconcepcionales, del embarazo, del parto, del postparto y neonatales.



Los factores preconcepcionales son aquellos que pre-existen el embarazo. Están constituidos por los biológicos como: la edad, paridad, talla, clase social, nivel educacional, recursos de saneamiento ambiental y otros.

Por otro lado, los factores del embarazo, son aquellos que irrumpen cuando la gestación ya ha comenzado. Se incluyen aquí los que dependen de la atención médica (control prenatal) o de la propia embarazada como: curva de peso, hábito de fumar, toxemia, hemorragia anteparto y otros.

Entre los factores de parto, post-parto y del recién nacido figuran con relevancia los que dependen de las características del proceso de atención médica de cada uno de estos períodos. Aquí están comprendidas las técnicas y procedimientos utilizados, la capacitación del personal, el equipamiento, lugar de atención y otros.

Es así, como cada uno de estos factores previamente mencionados, influyen sobre los que aparecen en las etapas sucesivas las cuales pueden esquematizarse en tres etapas:

En la primera etapa se muestra que los factores preconceptionales son condicionantes de los embarazos, parto, post-parto y del recién nacido, así como los del embarazo influyen sobre los del post-parto y recién nacido. Son efectos a corto plazo que se evidencian sobre el estado de salud de la madre y de su hijo.

En la segunda etapa se señala la influencia que los factores preconceptionales del embarazo, parto y post-parto tienen a mediano plazo sobre la capacidad reproductiva de la embarazada para las gestiones ulteriores.

En la tercera etapa se muestra que el efecto de los factores sobre el recién nacido puede, a largo plazo, comprometer la capacidad reproductiva de este cuando, llega a la edad adulta, con secuelas si sobrevive.

Tanto los efectos a mediano plazo de la etapa dos como los a largo plazo de la etapa tres se manifestarán como factores que deberán ser incluidos entre los preconceptionales para las gestaciones siguientes.

Estos esquemas de interrelaciones resulta importante si se piensa en términos preventivos. Por eso, es indispensable que se determine el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de estas etapas para poder tomar racionalmente las medidas de prevención y tratamiento que corresponden.

Se debe resaltar, además, la importancia de los factores preconceptionales como eslabón fundamental de esta cadena y la trascendencia que en el tiempo pueden llegar a tener todos los factores.

En el embarazo de alto riesgo, los autores Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson mencionan los siguientes factores de riesgo:

Factores genéticos:

"La aparición de alteraciones cromosómicas, anomalías congénitas, errores innatos del metabolismo, retraso mental o cualquier enfermedad hematológica familiar incrementa el riesgo de la misma alteración en el niño."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>  
Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson. Tratado de Pediatría. Novena edición. (España: Editorial Interamericana, 1985), p. 343.

En estos casos es de suma importancia realizarles el interrogatorio a dichos padres completo y adecuado, pues muchos de ellos no conocen la existencia de estas enfermedades y, es el caso especial de las adolescentes, las cuales necesitarán de la ayuda o asistencia de otros familiares para completar los datos familiares.

Factores maternos:

"La tasa menor de mortalidad ocurren en hijos de madres de 20 a 30 años. Los embarazos en adolescentes y en las mayores de 35 años sobre todo en la primíparas, conllevan un aumento en el riesgo de presentación de bajo peso, sufrimiento fetal y muerte intrauterina. Incrementan el riesgo para el feto las enfermedades maternas, la gestación múltiple, sobre todo los gemelos monocorriónicos y ciertos fármacos."<sup>1</sup>

Factores obstétricos

Estos son de gran importancia, ya que se puede presentar una serie de riesgos para la madre y su producto como lo son: "un útero demasiado grande o

---

<sup>1</sup> Behrman, Vanghau y Nelson. Op. Cit., p. 343.

pequeño, lo que nos lleva a considerar un embarazo de alto riesgo: la ruptura de membranas 24 horas antes del parto el cual conlleva un riesgo de infección del contenido intrauterino e incremento en la mortalidad perinatal; el parto prolongado y el distócico aumenta la posibilidad de daño mecánico e hipoxia; parto tumultuoso y breve de un neonato pretérmino aumenta el riesgo de hemorragia intracraneal; la separación placentaria en cualquier momento antes del parto y la implantación anormal del cordón o su compresión, aumenta la posibilidad de daño cerebral secundario o anoxia fetal; muertes neonatales a consecuencia de un forceps alto o medio, extracción de nalgas y versión se relacionan probablemente con lesión traumática intracraneal; nacidos por cesárea presentan problemas que pueden estar en relación tanto con las circunstancias obstétricas desfavorables que precisaron la intervención, como por la prolongada anestesia en la madre y la anestesia y analgesia afectan tanto al feto como a la madre, ya que una moderada hipoxemia o hipotensión materna pueden dar origen a una severa hipoxia fetal y shock."

---

<sup>1</sup>  
Behrman, Vanghau y Nelson. Op. Cit.,  
p. 344.

La detección de los factores de riesgo presentados anteriormente, deberán ser determinados por el personal del equipo de salud como medida preventiva en la atención preconcepcional, del embarazo, parto, post-parto y período neonatal, ya que de ello dependerá el estado de salud del binomio madres adolescentes-recién nacido.

Entre los criterios de riesgos Materno Infantil, las autoras Elba de Isaza y Gilda Torregrosa mencionan ciertas características que definen a los individuos y grupos de riesgo elevado como se muestra a continuación:

CARACTERISTICAS QUE DEFINEN A LOS INDIVIDUOS  
Y GRUPOS DE RIESGO ELEVADOS

---

PRE CONCEPCIONALES	MUJERES DE RIESGO ELEVADO
Edad	- menos de 15 y más de 40 años.
Paridad	- nulíparas, gran múltiparas.
Educación	- analfabeta.
Situación socio-económica	- miserable.
Número de personas Número de habitación	- máximo hacinamiento.

Antecedentes de aborto, parto prematuro, pérdidas	- uno o más
Talla	- Nulípara de 1 metro 40
Estado general de salud actual	- Tos, fiebre, trastornos crónicos, patología endocrina, PAP III-V.
Sangre	- Hb menor 10g Hematocrito menor de 30%, Rh negativo, discrasias sanguíneas lúes.

EN EL CURSO DEL EMBARAZO

MUJERES DE RIESGO ELEVADO

Complicaciones obstétricas	- Cesárea anterior, retención de placenta, gestosis.
Hemorragia vaginal	- Cualquier hemorragia.
Palidez	- Hb menor 10 g, Hto. menor 30%.
Edema	- Cara, manos, extremidades inferiores.
Peso	- Insuficiente o aumento excesivo.
Presión arterial	- 130/90 o más
Proteinuria	- 2 cruces o más
Posición fetal	- Transverso o sacro.
Embarazo múltiple	- gemelos.
Embarazo prolongado	- 43 semanas o más.
Estado general de salud	- patologías endocrinas y crónicas.

<u>EN EL CURSO DEL PARTO</u>	<u>MUJERES DE RIESGO ELEVADO</u>
Duración de la primera fase.	- Prolongada.
Duración de la segunda fase.	- Prolongada.
Hemorragias	- excesiva.
Partera	- no capacitada.
Características del recién nacido.	- apgar menor de 6.
Lactancia materna artificial.	- Materias prolongadas sin aporte complementario insuficiente.
Estado de salud actual	- diarrea, enfermedades genéticas, malformaciones congénitas, ausencias de vacunas. (1)

---

1  
Elba de Isaza y Gilda Torregrosa.  
Criterios de Riesgos Materno Infantil. (Panamá: Ministerio de Salud, octubre 1980), p.p. 10, 11 y 12.



La identificación de los embarazos de alto riesgo es importante no sólo porque es el primer paso en la prevención, sino que en muchas ocasiones pueden adaptarse las medidas terapéuticas para reducir el riesgo al feto o neonato.

El manejo o identificación óptima de los embarazos de alto riesgo van a depender de un estudio cuidadoso de la historia familiar, la anemnesis reproductora de la madre, curso de la gestación y parto junto con una íntima y continua comunicación personal entre el médico, el cuidado de la madre y el feto.

Ralph C. Benson nos menciona al respecto ciertos aspectos indispensables en el tratamiento del embarazo de alto riesgo:

"- Historia clínica cuidadosa: que puede permitir la detección oportuna de factores de riesgo específicos.

- Exploración física bien organizada de la madre: con el fin de identificar y excluir factores de riesgo.

- Exámenes de laboratorios sistémicos: incluyendo cuando están indicados, estudios especiales.

- Evaluación cuidadosa y estrecha del feto durante el embarazo: lo que necesariamente incluye estudios especiales para determinar su bienestar.

- Valoración del efecto del trabajo de parto sobre el feto, con el fin de detectar oportunamente un sufrimiento.

- Selección del método más adecuado para atender un parto traumático, que disminuye la posibilidad de una alteración funcional o del crecimiento subsiguiente.

- Una exploración cuidadosa del recién nacido, inmediatamente después del nacimiento, que permita la detección de signos tempranos de riesgo perinatal.<sup>1</sup>

Si tomamos en cuenta los aspectos mencionados

---

<sup>1</sup>  
Raph C. Benson. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. (México: Editorial El Manual Moderno, 1985), p. 603.

anteriormente, y lo aplicamos en la atención preconcepcional a la población, se podrían identificar y prevenir los riesgos tanto para la pareja como para las futuras familias. Recordemos que en las diferentes etapas se prestan atención de salud y a la población materno infantil, para efectuar y evaluar aspectos generales y específicos en el individuo o grupos, que nos llevaría a la detección temprana de los diferentes factores de riesgo.

## 2.2 El embarazo en adolescentes

El Programa de Salud Materno Infantil integral menciona dentro de sus propósitos, proteger y asistir a la mujer en edad fértil, en su período de gestación, parto o puerperio como también dentro de los períodos entre embrazos, a fin de lograr un espaciamiento biológicamente aconsejable de los mismos y proteger al niño desde su nacimiento hasta su adolescencia.

Los riesgos que afectan a la mujer en edad fértil y en especial a la adolescente que cursa por las diferentes etapas de gestación, parto y puerperio además de los niños hasta la adolescencia, nos

deben guiar dentro de la atención materno infantil a la detección de los posibles daños, lo que justifica la necesidad de programar las estrategias de atención con base al riesgo, para la población en general y en especial a las madres y niños.

La tendencia actual de las actividades destinadas a mejorar los servicios de salud materno infantil, se orienta a integrar los servicios preventivos con los curativos, los de maternidad con la atención a los niños y los de planificación de la familia con los de salud materno infantil propiamente dicha.

En la actualidad, uno de los problemas sociales y de salud que está incidiendo en toda la población afectando a la población materno infantil, es el embarazo en las adolescentes, el cual no sólo afecta al binomio madre adolescente-recién nacido, sino a sus familias y comunidades en general.

"Durante los últimos años se ha despertado en América Latina mucho interés en los programas dedicados a afrontar el problema de sexualidad y fecundidad en la adolescencia," según autores como

Alfonso Loli, Carlos Aramburú y John M. Paxman.<sup>1</sup>

Dichos autores señalan el hecho de que se están incrementando los programas, conferencias y publicaciones sobre el adolescente, sin embargo es reciente el inicio de investigaciones y diagnósticos que describan la situación actual de este grupo.

Richard E. Behrman, Víctor C. Vanghau y Waldo E. Nelson sostienen que: "un problema que está afectando en la actualidad a todos los aspectos de la prevención primaria, secundaria y terciaria, es la sexualidad y el consecuente suceso de la gestación en el grupo de las adolescentes, que constituyen una grave carga social, psicológica, educacional y económica para la joven madre o jóvenes padres."<sup>2</sup>

En Panamá, al igual que otros países latino -

---

<sup>1</sup> Alfonso Loli, Carlos Aramburú y John M. Paxman. La sexualidad en la adolescencia en el Perú. Perspectivas Internacionales en planificación familiar. (Estados Unidos: The Alan Guttmacher Institute, 1987), p. 17.

<sup>2</sup> Richard E. Behrman, Víctor C. Vanghau y Waldo E. Nelson Tratado de Pediatría (España: Editorial Interamericana 1985), p. 195.

americanos, se están evidenciando cada día los problemas relacionados con el embarazo en adolescentes, ya que en los trabajos de investigaciones que se están realizando en nuestro medio se comprueba que es un problema social que cruza todas las barreras socioeconómicas, étnicas, culturales y geográficas.

Sharon R. Reeder nos dice que es de notar entre el costo social y de salud de los embarazos en adolescentes los siguientes aspectos:

"- Aproximadamente la mitad de las madres de edad escolar tienen otro embarazo no deseado dentro de los años subsiguientes al primer embarazo.

- Hay evidencias de que aproximadamente el 60% de las mujeres adolescentes que tienen su primer hijo en la edad escolar llegan a convertirse en participantes de servicios para indigentes.

- Las madres muy jóvenes tienen un número desproporcionado de hijos con bajo peso al nacer lo que está asociado con retraso mental y otros impedimentos.

- Los problemas asociados con el embarazo

son particularmente agudos en madres de 15 años y  
menos." <sup>1</sup>

Como vemos, los aspectos antes mencionados no sólo afectan a las madres adolescentes y sus productos sino también conllevan problemas sociales, familiares, comunales y a nivel nacional, ya que el costo en salud se va desequilibrando debido a que se gasta mucho más en atención por secuelas y rehabilitación que en el nivel preventivo.

Behrman, Vanghau y Nelson sostienen que: "en años recientes las tasas de nacidos vivos de mujeres adolescentes ha disminuido ligeramente, PERO NO ASI EL NUMERO ABSOLUTO DE ESTOS NACIMIENTOS debido al incremento de la población adolescente. Sin embargo, la tasa de fertilidad para niñas menores de 15 años ha CAMBIADO MUY POCO desde mediados de la década de los 70 antes de los cuales había aumentado rápidamente." <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Sharon Reeder y otros. Enfermería Materno Infantil. 1a. edición. Traducido por Luisa Contreras. (Washington: Lippincott Company, 1978), p. 52.

<sup>2</sup> Berhman, Vanghau y Nelson. Op. Cit., p. 195.

Por otro lado, Dorothy Reycroff Hollingsworth y Marianne Felice apuntan que "los Estados Unidos tienen la tasa más alta de embarazos en adolescentes que cualquier otra nación occidental con 95 por cada 1,000 habitantes, seguida por Inglaterra y Canadá en segundo y tercer lugar con 45."<sup>1</sup>

En Panamá, según datos obtenidos en la Contraloría General de la República se pudo constatar que "para el año de 1986 de un total de 57,655 nacimientos vivos, 11.374 fueron producto de embarazo en adolescentes menores de 19 años, lo cual representaba un 19%."<sup>2</sup> Esto nos indica que de cada 5 mujeres que tienen hijos, una (1) es adolescente en la población total.

Como podemos apreciar, a pesar de que el porcentaje de embarazo en adolescentes, sigue siendo un

---

<sup>1</sup> Dorothy Reycroff Hollingsworth y Marianne Felice. "Teenage Pregnancy: a multiracial sociologic problem". American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 155, No. 4, (octubre 1986), p. 742.

<sup>2</sup> Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. (Panamá: Contraloría General de la República, 1988), p. 28.



problema en Panamá y otros países, en la actualidad es alarmante el aumento de embarazo en menores de 15 años de edad, ya que a menor edad, se sabe que la madre adolescente está menos preparada tanto biológica como psicológicamente para desempeñar el rol de madre.

El Ministerio de Planificación y Política Económica en el año Internacional de la Juventud celebrado en 1985, realizó un estudio titulado: Diagnóstico de la Juventud Panameña 1970 - 1985, en el cual sostienen que: "el mayor porcentaje de los problemas presentados por el grupo de adolescentes y que constituye el principal motivo de egreso hospitalario son los relacionados con el embarazo, parto y otras complicaciones, las cuales están ocurriendo a edades más tempranas que en el pasado. Esto resulta adverso tanto desde el punto de vista psicológico, como de la salud de la madre y el niño, ya que la anemia y el parto prematuro son frecuentes en la madre adolescente."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ministerio de Planificación y Política Económica, Diagnóstico de la Juventud Panameña 1970-1985. (Panamá: Ministerio de Planificación y Política Económica, 1985), p. 55.

Todo lo expuesto anteriormente, nos lleva a meditar la urgente necesidad de contar con verdaderos medios de información, educación, orientación y de servicios, en materia de atención sexual y de reproducción en el grupo de los adolescentes, destinados a prevenir la conducta sexual irresponsable de este grupo, para que de esta manera tomen conciencia de los riesgos a que conlleva el embarazo en adolescentes, tanto para la madre como para su producto.

### 2.3 Problemas de salud y el embarazo en adolescentes

Las madres adolescentes y sus hijos tienen mayor riesgo de confrontar problemas sociales, educativos y de salud que la población en general; ya que, tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionados con el embarazo y sus complicaciones.

Por lo general, las adolescentes que inician su vida sexual temprano, tienen la probabilidad de tener varios partos seguidos antes de los 20 años de edad, por lo que se exponen a riesgos dobles que deben ser objeto de especial cuidado en los programas de atención primaria de salud, con miras a

reducir la morbimortalidad materna e infantil.

Un grupo especial de la Organización Mundial de la Salud, al tratar sobre las necesidades de salud de la reproducción en los adolescentes advirtió que: "Hasta ahora se han descuidado muchas de las necesidades de salud de este grupo de edad; se conocían mal y se hacía poco por atenderlas. Los problemas relacionados con el embarazo y el aborto, se ignoraban o se incluían simplemente en el fenómeno más vasto del embarazo y el aborto en la mujer adulta, mientras que se prestaba poca atención a las complejas consecuencias legales, sociales y económicas del embarazo y aborto en las adolescentes."<sup>1</sup>

Continúa diciendo el grupo especial de la Organización Mundial de la Salud, que: "el embarazo expone a la adolescente a importantes riesgos obstétricos, entre otras razones porque ésta no busca asistencia hasta que su gestación está avanzada y

---

<sup>1</sup> John M. Paxman. "La higiene de la reproducción, los jóvenes y la ley." Crónica de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 38, No.5. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1984), p. 205.

eso cuando tiene algún acceso a la atención.<sup>1</sup>"

Ya, en la actualidad, se está llevando a cabo el planeamiento de la atención del adolescente por la necesidad observada en este grupo; por lo que, dentro de la atención del Programa Materno Infantil se está desarrollando el Programa del Adolescente, el cual trata de brindar una atención especial con base al riesgo.

La Revista Population Reports, publicada por la Universidad John Hopkins, mencionan que: "dentro de los embarazos que ocurren antes de que la mujer cumpla los 18 años de edad, después de los 35, en familias de más de 4 hijos o con un espaciamiento antes de los dos años, pueden dar origen a una variedad de problemas de salud tanto para la madre<sup>2</sup> como para su hijo."

Por lo tanto, existen razones biológicas y so-

---

1

John M. Paxman. Op. Cit., p. 209.

2

Ward Rinehart y Adrienne Kols "Problemas de Salud de la infancia y el embarazo de alto riesgo". Population Reports. No. 27 (Mayo 1985): p. 33.

ciales para el aumento del riesgo en estos cuatro tipos de embarazos. La edad, la paridad y el espaciamiento de los nacimientos alteran la capacidad de la madre para sobrellevar el embarazo en forma segura y para proporcionar las condiciones biológicas óptimas para el feto que se está desarrollando, el cual puede redundar en bajo peso al nacer. Desde el punto de vista social, el problema radica en determinar en que medida recibe el niño cuidado materno y participa de los recursos familiares, ya que las madres muy jóvenes pueden no estar dispuestas a asumir las innumerables responsabilidades que entraña el cuidado del recién nacido.

Como vemos, el aspecto socio-económico y psicológico de la adolescente representa un serio problema para la sobrevivencia del recién nacido, quien depende completamente del medio ambiente familiar al que pertenece, razón por la cual también se sumarán aquellos factores biológicos, genéticos y maternos que lo llevarán a ser un niño sano, enfermo, lesionado o muerto, en el período neonatal. Por consiguiente, para la adolescente será de gran ayuda el apoyo familiar; sin embargo, también deberá ser

consciente de su nuevo papel de madre para con su hijo; ya que de esto, en gran medida, dependerá la sobrevivencia del niño.

Ernesto Díaz Del Castillo indica que: "la extrema juventud supone incompleto desarrollo, menor capacidad de trabajo orgánico de calidad óptima en el terreno obstétrico; y es sabido que la gestación tiende a acortarse en primigestas menores de 20 años, lo que induce a mayor incidencia de prematuridad<sup>1</sup>."

Esto es corroborado por los datos presentados en la Revista Population Reports, de la Universidad Johns Hopkins, quienes señalan que "la madurez física de las madres, especialmente el desarrollo incompleto de la pelvis, puede ser la razón biológica más importante de alto riesgo<sup>2</sup>."

Razón por la cual, nos apuntan que: "la atención materna deficiente o la pobreza puede explicar el motivo de que persista el alto riesgo a lo largo

---

<sup>1</sup> Ernesto Díaz Del Castillo. Pediatría Perinatal. México: Editorial Interamericana, S.A., 1981. p.

<sup>2</sup> Ward Rinehart y Adrienne Kols. Op. Cit., p. 31.

del período postneonatal."<sup>1</sup>

Como vemos, la edad materna unida a otros factores de riesgo, pueden ser la causa directa de su morbimortalidad, la de su recién nacido o la de ambos, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias con miras a disminuir o eliminar el mayor porcentaje de probabilidad de embarazos en este grupo de adolescentes y educar, a las que ya han tenido un embarazo, para evitar que se vuelvan a embarazar. Tengamos presente que aunque los problemas sociales, son a veces, los más difíciles de resolver es necesaria la educación y brindarles, así, una mejor calidad de vida a esta población para poder disminuir los factores de riesgo por morbilidad y mortalidad.

Se han observado que las tasas de mortalidad, generalmente, componen una curva en forma de U en relación con la edad materna, ya que: "las tasas de mortalidad son más elevadas cuando la madre es menor de 18 años o mayor de 35 y los riesgos son excepcio-

---

<sup>1</sup> Ward Rinehart y Adrienne Kols. Op. Cit., p. 31

nalmente elevados para los niños de madres menores de 16 años y sobrepasan el peligro que enfrentan los niños de mujeres mayores de 39 años", según información presentada en la revista Population Reports de mayo de 1985.<sup>1</sup>

Las tasas de mortalidad entre las madres más jóvenes son mucho más elevadas que lo que indican las tasas de mortalidad aplicadas a todas las mujeres menores de 20 años de edad, por lo tanto, los autores se refieren a los estudios efectuados en Inglaterra y Gales donde: "el grupo de menores de 16 años podrían correr un riesgo de dos a cuatro veces mayor que el del grupo comprendido entre los 16 y 19 años de edad."<sup>2</sup>

En nuestro medio se deberá estimar, en la realidad, el porcentaje de la mortalidad materna entre el grupo de madres adolescentes con respecto a otros grupos etarios; ya que, los datos de mortalidad

---

<sup>1</sup> Ward Rinehart y Adrienne Kols. Op. Cit., p. 30.

<sup>2</sup> Ibid., p. 20.



materna presentados por la Contraloría General de la República están dados, tomando en cuenta, la población en general y, éste, es un indicador específico de la atención y estado de salud de su población y la calidad de vida que tienen.

Actualmente, en Panamá como en otros países del mundo se está observando un aumento en la incidencia de niños desnutridos, con problemas de retraso en el crecimiento y morbilidades repetidas que van minando la resistencia del recién nacido y el infante a la salud integral y eso amerita establecer, de manera más específica, los determinantes de riesgo en nuestra población en general y, en especial, la de los hijos de madres adolescentes.

Aunque ya existen las normas sobre un Programa del Adolescente con base a la atención con riesgo del mismo, todavía estamos en sus inicios con las establecidas medidas preventivas; ya que, se está tratando de contribuir con la promoción y protección de la salud integral del adolescente, igual que a la prevención de los trastornos bio-psico-sociales tendientes a disminuir la morbi-mortalidad de este

grupo, sus familias y comunidades.

Si todos estamos conscientes de que, en la medida en que el adolescente esté más sano y con un crecimiento y desarrollo adecuado, él estará en óptimas condiciones, al llegar a su edad adulta, de procrear una familia deseada y con menos riesgos, lo cual redundará en una mejor calidad de vida familiar, comunal y por ende, nacional.

### 3. EL RECIEN NACIDO DE RIESGO

En los embarazos de madres adolescentes, el feto tiene mayor probabilidad de morir antes o después del parto o, bien de sufrir alguna incapacidad más adelante. Algunos fetos se lesionan precozmente y otros, más tarde. Númerosos niños nacen prematuramente o son demasiados chicos para su edad gestacional.

Cada situación conlleva riesgos especiales en la cual el recién nacido de alto riesgo es aquél cuya existencia extrauterina, cualesquiera sea su edad gestacional o peso de nacimiento, se ve amenazado por una cantidad de factores (prenatales, natales y postnatales) que requiere asistencia médica especial.

Por consiguiente, para reducir la morbilidad y la mortalidad neonatal es importante identificar, lo antes posible, a aquellos recién nacidos que presentan un riesgo especial durante el período neonatal.

En la categoría de recién nacidos de riesgo elevado, se puede hacer mención de los siguientes:

"los nacidos antes de las 37 o después de las 42 semanas de gestación; los que pesan menos de 2,500 gramos o más de 4,000 gramos; los que se encuentran en mal estado al nacimiento (apgar 0-4 minuto o que reciban reanimación); los nacidos de madres que presentan infecciones o cualquier enfermedad durante la gestación; ruptura prematura de membranas; otros, con importantes problemas sociales como embarazo en adolescencia, madre soltera, falta o gran retraso en el control prenatal, los que tienen anemia o incompatibilidad de grupo sanguíneo; los nacidos de madres que han sufrido episodios de tensión durante la gestación, como problemas emocionales, accidentes graves; los extraídos operatoriamente o con cualquier complicación obstétrica inusual." <sup>1</sup> Según Behrman, Vaughau y Nelson.

Señalan estos mismos autores que se denominan pretérminos, según la Organización Mundial de la Salud, a: "aquellos recién nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación a partir del primer día del

---

<sup>1</sup> Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson. Tratado de Pediatría. 9a. edición. España: Editorial Interamericana, 1985, p. 352.

último período menstrual que tienen una gestación<sup>1</sup> acortada."

La Academia Americana de Pediatría escogió la trigésima octava semana para delimitar la prematuridad, igualmente indica que el "término de prematuro<sup>2</sup> también se suele utilizar para denotar inmadurez."

Anteriormente, la prematuridad era determinada por el peso al momento de nacer de 2,500 gramos o menos, el cual ha variado en la actualidad, ya que los niños que pesan al nacer 2,500 gramos o menos, son denominados recién nacidos de bajo peso al nacer. Estos niños se estiman que han tenido una gestación más corta o un crecimiento intrauterino menor del esperado (retraso en el crecimiento intrauterino) o bien, ambas cosas.

Behrman, Vaughau y Nelson indican que: "el feto nacido prematuramente comienza a tener cambios substanciales para la supervivencia hacia las 26-28 semanas de gestación, con un peso alrededor de 800 -

---

<sup>1</sup> Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson. Op. Cit., p. 356.

<sup>2</sup> Ibid., p. 356.

1000 gramos y midiendo entre 33 - 35 cms. El recién nacido prematuro presenta dificultades para sobrevivir por falla de una adecuada maduración enzimática, renal, metabólica, hematológica y de los mecanismos inmunológicos."<sup>1</sup>

Anotan los autores citados, que las características del comportamiento del niño prematuro varían con su edad gestacional.

Los recién nacidos prematuros que pesan entre 1000 - 1500 gramos tienden a ser predominantemente atónicos, en decúbito adoptan una actitud tónica del cuello y con pocos movimientos en las extremidades. La vocalización es débil como lo son el hociqueo y los reflejos de Moro y prensión. El reflejo de succión puede estar disminuido y por ende, los niños pueden dar pocas muestras de hambre en la depuración de la alimentación. Además, es difícil decir cuándo están despiertos o dormidos, aunque pueden ser estimulados con mayor prontitud.

---

1

Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughan y Waldo E. Nelson. Op. Cit., p. 17.

Por otro lado, los prematuros que pesan entre 1500 y 2000 gramos poseen más tejido subcutáneo; tienen buen tono muscular, cuando se les estimula; un reflejo de prensión más vigoroso y un reflejo de Moro completo. Es fácil distinguir cuando están dormidos, ya que fijan la mirada en los objetos que hay alrededor y lo más importante es que los más vigorosos son capaces de alimentarse de pecho.

Los prematuros que pesan entre 2000 - 2500 gramos al nacer, generalmente toman la apariencia de niños a término, aunque pequeños por consiguiente no pueden diferenciarse mediante el examen del desarrollo. Estos lloran con fuerza y tienen buen tono muscular.

Los autores Behrman, Vaughau y Nelson comentan que existe una correlación directa entre la prematuridad y el bajo peso al nacer con el bajo nivel socioeconómico. En estas familias es relativamente elevada la incidencia de malnutrición, anemias y enfermedades maternas, de cuidados prenatales inadecuados, de drogadicción, de complicaciones obstétricas y con antecedentes maternos de fracaso en la

reproducción (infertilidad, abortos, mortinatos pre-términos y niños de bajo peso).

Otros factores, no claramente asociados, pero también encontrados con mayor frecuencia son: "ilegitimidad, embarazo en adolescentes, intervalos cortos entre las gestaciones y madres que han parido anteriormente más de cuatro veces."<sup>1</sup>

Por otro lado, el retraso en el crecimiento intrauterino se relaciona con procesos que interfieren con: "la circulación y eficacia de la placenta, con el desarrollo o crecimiento del feto o con el estado general y nutritivo de la madre"<sup>2</sup>, según observación hecha por los autores Berhman, Vaughau y Nelson.

En la figura No. 2 se ha ubicado sobre una gráfica de peso para la edad gestacional, gran parte de los factores que aumentan el riesgo de nacimiento

---

<sup>1</sup> Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson. Tratado Pediátrico. Volumen I. (España: Editorial Interamericana, 1985), p. 357.

<sup>2</sup> Ibid. p. 357.



de pretérmino y de retraso de crecimiento fetal, según el momento en que, con mayor frecuencia suelen presentarse.<sup>1</sup>

Lo que sí está claro, es que la prematuridad y el bajo peso al nacer se asocian con un aumento en la morbilidad y la mortalidad neonatal.

Actualmente en Panamá, y para efecto de la investigación a realizar con los recién nacidos de madres adolescentes, utilizaremos la definición de pretérminos dada por la Organización Mundial de la Salud, al igual que la definición de recién nacido de bajo peso.

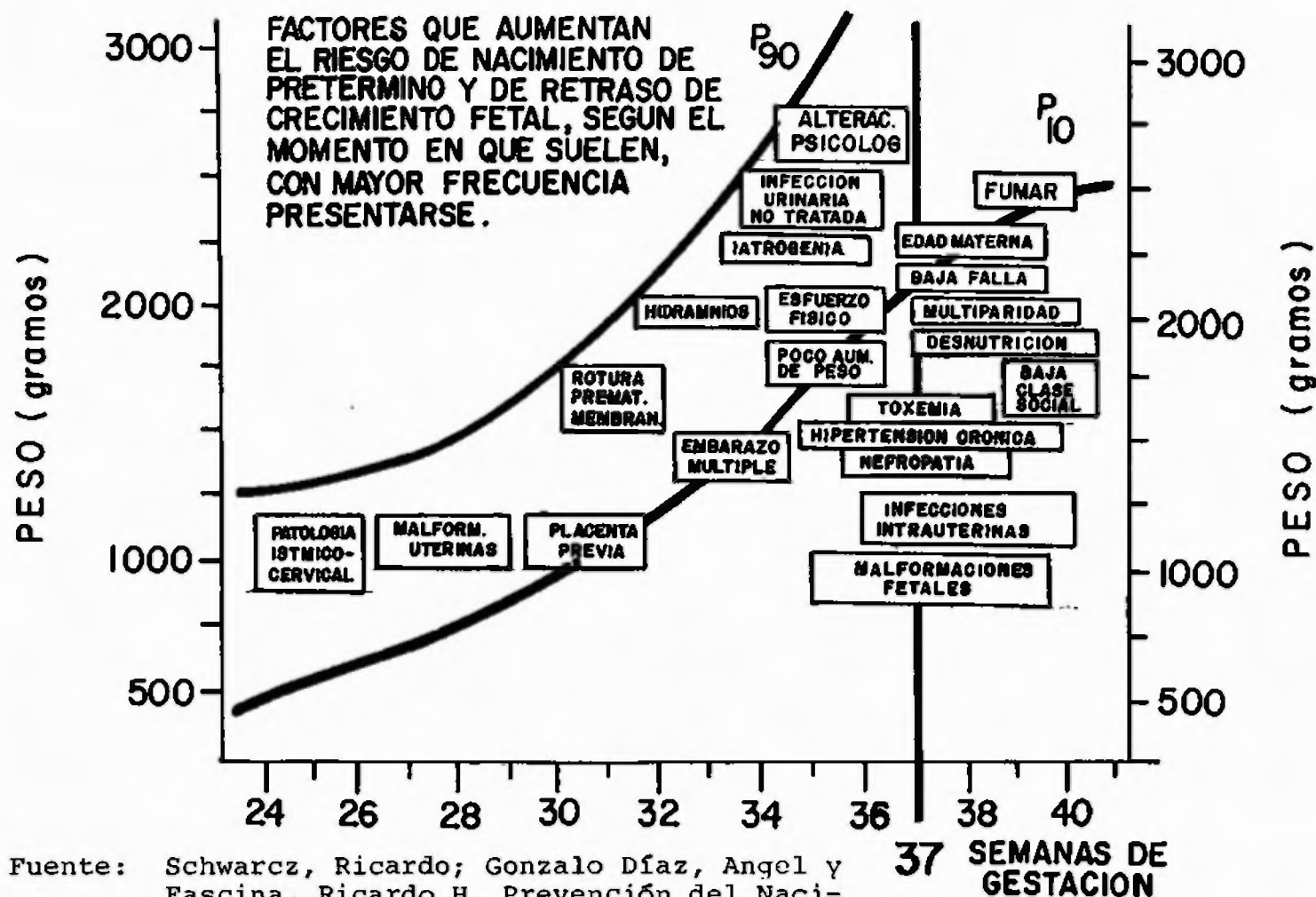
Además, se le denomina recién nacidos de muy bajo peso al nacer, a "los neonatos cuyo peso es menor de 1500 gramos, y los cuales constituyen menos del 1% de todos los nacimientos"<sup>2</sup>, según indican los autores Bahrman, Vaughau y Nelson.

---

<sup>1</sup>  
Ricardo Schwarcz, Angel Gonzalo Díaz y Ricardo H. Fescina. Prevención del nacimiento pretérmino. (Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1981), p. 8.

<sup>2</sup>  
Richard E. Behrman, Víctor C. Vaughau y Waldo E. Nelson. Op. Cit., p. 356.

FIGURA N°2



Fuente: Schwarcz, Ricardo; Gonzalo Díaz, Angel y Fascina, Ricardo H. Prevención del Nacimiento de Pretérmino. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. 1981. p.8.

En Panamá, en un estudio presentado por los doctores Rodolfo Poveda, Criseida S. de Owens y Ana de Ruiz, el cual versa sobre el Estudio prospectivo del recién nacido de muy bajo peso: Control Ambulatorio, se informa sobre la morbilidad y el crecimiento post-natal. Ellos señalan que: "la incidencia de recién nacido de muy bajo peso al nacer, en el Hospital Santo Tomás, es elevada con un 1.2% y la contribución a la mortalidad neonatal de este grupo de niños es alta, con un 47%"<sup>1</sup>

Ahora bien, en la presente investigación es importante recalcar que en el estudio arriba anotado de recién nacido de muy bajo peso al nacer, "el 33% de las gestantes eran adolescentes y el 26% de los partos terminaron en cesárea. Todos los niños fueron pretérmino (menos de 37 semanas) y el peso promedio al nacer fue de 1.269 +/- 228 gr. y el 70% fue pequeño para su edad gestacional."<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Rodolfo Poveda, Criseida S. de Owen y Ana de Ruiz. "Estudio prospectivo del recién nacido de muy bajo peso". Revista del Hospital del Niño. Volumen 1 (Mayo 1988), p. 16.

<sup>2</sup> Ibid., p. 17.

Recalcan los autores citados, que por el elevado porcentaje de madres adolescentes, se comprueba que es un grupo de alto riesgo para tener descendencia de bajo peso y parto prematuro.

#### Prevención del bajo peso al nacer

Para prevenir el nacimiento de niños con bajo peso se deberá llevar a cabo acciones destinadas, sobretodo, a mejorar el nivel socioeconómico y cultural de la población y el ordenamiento de la atención perinatal por niveles de cuidados. Debe dársele más énfasis a la extensión del control prenatal de todas las mujeres embarazadas para la precoz detección de factores que aumentan el riesgo perinatal y su referencia oportuna al nivel técnicamente capacitado. Ver Figura No. 3.

Ricardo Schawarcz, Angel Gonzalo y Ricardo H. Fescina, explican que debe destacarse fundamentalmente la necesidad de una política sanitaria organizada que contemple:

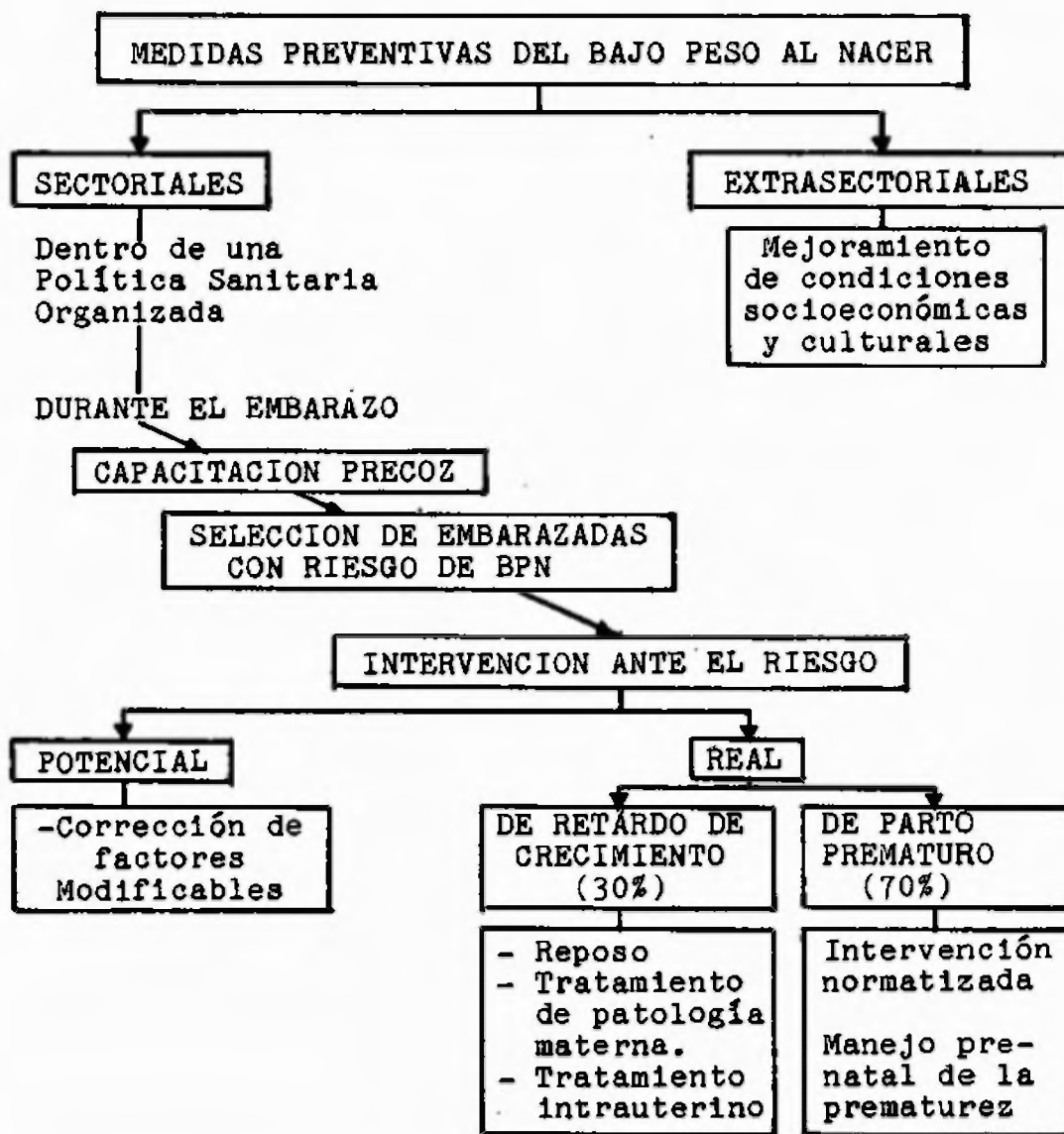
" - La extensión del control prenatal a todas las gestantes dentro de un sistema generalizado para la atención perinatal.

- Una educación adecuada de la población.
- Capacitación y concientización del equipo de<sup>1</sup>  
salud."

---

<sup>1</sup>  
Ricardo Schwarcz, Angel Gonzalo Díaz  
y Ricardo H. Fescina. Op. Cit., p.p. 5-6

FIGURA No. 3



FUENTE: Ricardo Schwarcz, Angel Gonzalo Díaz y Ricardo H. Fescina. Prevención del nacimiento de pretérmino. (Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1981), p. 6

En Panamá, a nivel del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social se ha establecido estrategias dentro del Programa de Atención Materno Infantil, encaminadas a brindarles una adecuada y oportuna atención a su población materno infantil, con base al riesgo.

Estamos conscientes, que quizás no todos los niveles de atención estén en iguales condiciones de brindar esta atención con base al riesgo por diversas razones. Sin embargo, es imperativo tratar de brindarles, dentro de la población de riesgo, la atención a los subgrupos con mayor probabilidad de presentar embarazos de alto riesgo, como lo son efectivamente el grupo de adolescentes menores de 18 años de edad.

Creemos que si se les brindara una mejor orientación o guía a dichos grupos, se lograría disminuir la incidencia de embarazos, abortos, partos prematuros, bajo peso y otras patologías en sus recién nacidos, lo cual redundaría en beneficio de toda la población.

### 3.1 Problemas de Salud y el embarazo de alto riesgo

El término de crecimiento y desarrollo generalmente se refiere, en el hombre, a los procesos por los que el óvulo fecundado alcanza el estado adulto. El crecimiento implica cambios en la talla o en los valores que dan cierta medida de madurez. Mientras que, el desarrollo puede abarcar otros aspectos de diferenciación de la forma o función incluyendo los cambios emocionales y sociales, preferentemente determinados por la interacción en el ambiente.

Es así, como el grado por el cual un individuo alcanza su potencial biológico, es el producto de muchos factores interrelacionados, los cuales incluyen los factores genéticos, nutricionales, sociales y emocionales, culturales y políticos los que pueden tener profundos efectos sobre los niños.

El desarrollo normal del feto está sujeto a una multitud de factores que actúan por separado o en combinación, amenazándolo. Aunque las complicaciones maternas (factores obstétricos) desempeñan un papel amenazador, también se revisten de mayor im-



portancia los factores ambientales (condiciones sociales desfavorables, déficit nutricionales, etc.).

Existe interacción entre muchos de estos factores: "interacción que ejerce un efecto adverso sobre el índice de mortalidad neonatal y sobre la calidad de los niños que sobreviven. Estos factores condujeron a la identificación de los embarazos y de los neonatos de alto riesgo."<sup>1</sup>

Dentro de los principales problemas que presentan los niños nacidos como producto del embarazo de alto riesgo, los recién nacidos de bajo peso al nacer plantea el mayor riesgo de muerte en el período neonatal, y es, al mismo tiempo, un riesgo importante en el período post-neonatal.

"Los niños nacidos prematuramente antes de las 37 semanas de gestación, corren también un mayor riesgo de muerte, esto independientemente de su peso

---

<sup>1</sup>  
Marshall H. Klaus y Avroy A. Fanaroff.  
Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2a. edición. (Argentina: Editorial Mérida Panamericana, S.A., 1981), p. 61.

al nacer", según apuntan Ward Kinehart y Adrienne Kols en la revista Population Reports.<sup>1</sup>

Los mismos sostienen que esto se debe a que biológicamente son menos maduros y presentan dificultad para mamar por lo que a veces dependen de sustitutos de la leche materna.

Por otro lado, la duración del período de gestación y el peso al nacer tienen efectos separados, pero acumulativos sobre la mortalidad infantil. El efecto negativo que tienen sobre el niño nacido prematuramente y con bajo peso, son marcados, pues corren mayores riesgo de morbimortalidad que los otros que tienen bajo peso al nacer, pero cuyo nacimiento es a término.

Aunque la relación entre el peso al nacer y los patrones de procreación no ha sido determinada a cabalidad, en muchas investigaciones hechas sobre los niños de bajo peso al nacer, se llegó a la

---

<sup>1</sup> Ward Kinehart y Adrienne Kols. "Problemas de Salud de la Infancia y el Embarazo de Alto Riesgo." Population Reports. 27 (Mayo 1985), p. 33.

conclusión que tanto las madres más jóvenes como las mayores y, que los primeros nacimientos como los nacimientos en familias numerosas, son los que corren más riesgo.

Los patrones de procreación influyen en el crecimiento del niño, ya que ellos son factores de alto riesgo y están asociados con el bajo peso al nacer, los cuales pueden ser causa de posteriores problemas en el crecimiento de los lactantes y, en especial, entre los que nacen con bajo peso, relacionado con su período de gestación. Esto a veces les mantiene el peso por debajo de lo esperado según las normas de atención en cuanto al peso, de acuerdo a la edad del niño, de los primeros 12 a 18 meses de vida.

Hay estudios que asocian directamente el crecimiento infantil con la edad de la madre, con la paridad y el espaciamiento de los nacimientos. Sin embargo, otros estudios asocian el crecimiento más lento con el bajo peso al nacer que a su vez está relacionado con los patrones de procreación.

### 3.2 Atención del recién nacido con riesgo en Panamá

Los problemas socioeconómicos que existen actualmente en los países latinoamericanos determinan situaciones de riesgo que afectan el normal crecimiento y desarrollo de la población en general y la infantil, en particular.

Panamá no escapa de esta realidad y es, a través del Ministerio de Salud y de su Departamento Materno Infantil, que se ejecutan y se cumplen las normas establecidas para la atención de dicha población, siguiendo los niveles de atención de complejidad progresiva. Así tenemos que en el nivel primario en la comunidad, se le presta atención a la población en puestos de salud, sub-centros, con anexo Materno Infantil y Policlínicas o sin él.

A nivel secundario existen los Hospitales Regionales, de áreas y anexos Materno Infantil de los centros que lo poseen.

Nivel terciario: Hospitales nacionales y otros centros especializados.

Desde el punto de vista jurídico, la política de salud se define claramente con grandes lineamientos sobre la salud integral y se entiende que es función esencial del Estado, como un derecho y un deber de todo ciudadano, el cual se describe en el Artículo 106 de la Constitución y es del tenor siguiente:

"Proteger la maternidad y el niño proporcionando asistencia médica, educativa, preventiva y curativa a la madre gestante con adecuada periodicidad, y cuidar del estado de nutrición y salud del niño." <sup>1</sup>

Este mismo artículo establece la responsabilidad de: "capacitar al individuo y a los grupos sociales mediante acciones educativas que difundan el conocimiento de los deberes individuales y colectivos en materia de salud y los principios de higiene personal, así como combatir las enfermedades transmisibles, mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y trata-

---

1

Constitución Política de la República de Panamá. (Panamá: Editora y Gráfica El Nene, S.A., 1991.), p. 23.

miento proporcionadas colectiva e individualmente a toda la población.<sup>1</sup>"

Dentro de la atención a la embarazada, se han contemplado medidas que incentiven el cuidado prenatal y un mejor acceso a los centros de atención, para así evitar o prevenir los problemas de bajo peso al nacer, parto prematuro y la adecuada atención técnica del parto.

Como vemos, en la estrategia asistencial, la atención del recién nacido debe considerarse y organizarse tomando en cuenta la limitación de los recursos disponibles por medio de su eficiente utilización. Esta debe basarse en un sistema que garantice cuidados continuos de complejidad creciente, en relación proporcional al nivel de riesgo del neonato.

Si logramos determinar el riesgo que corre cada paciente en determinado momento del proceso asistencial, eso nos permitirá adjudicar los recursos adecuados y necesarios de manera eficiente. Es así,

---

<sup>1</sup> Constitución Política de la República de Panamá. Op. Cit., p. 23.

como el nivel de cuidado que un recién nacido requiere estará determinado por el riesgo de muerte, enfermedad o secuela invalidante de los conocimientos del personal asignado para su atención y además, por la continuidad e intensidad de los cuidados intensivos, intermedio y mínimo, las cuales son las posibles gradaciones en el cuidado individual del paciente.

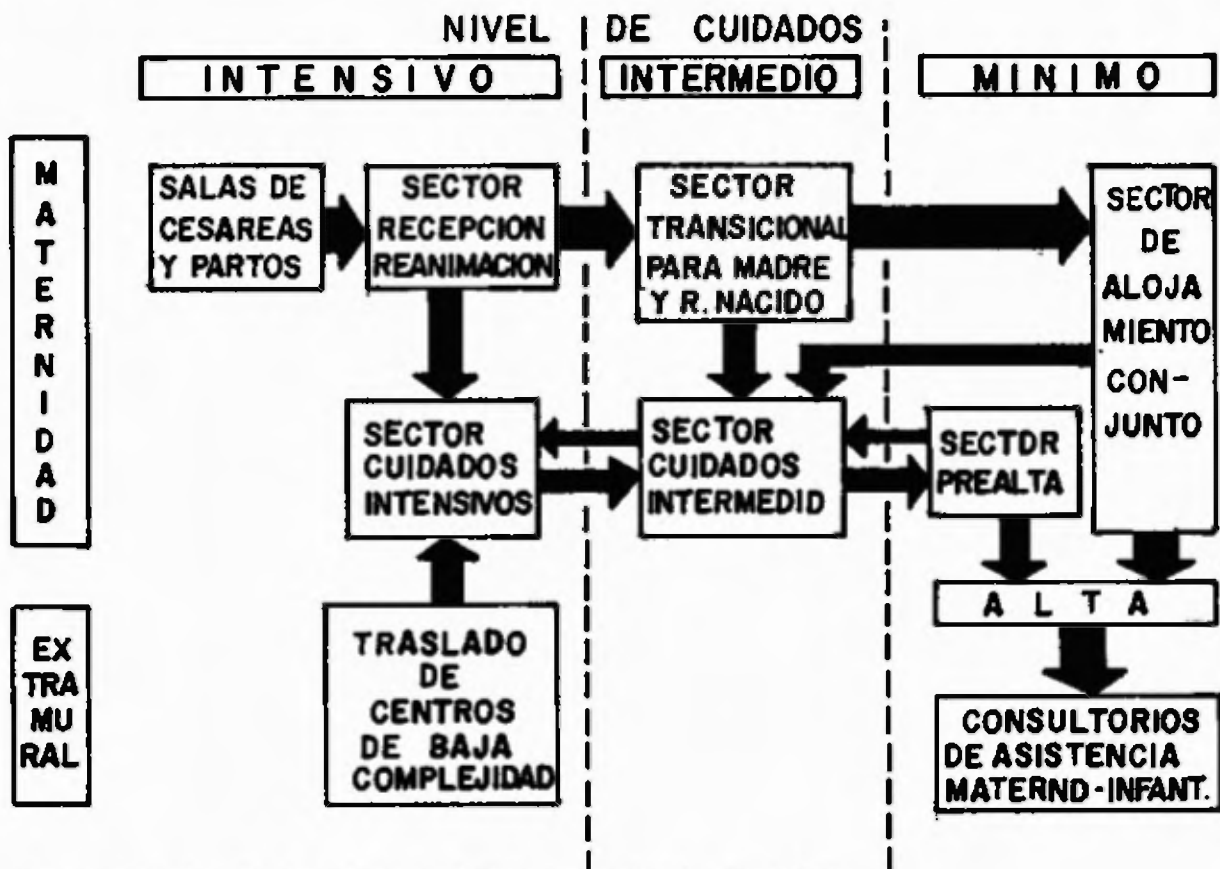
A continuación presentaremos, según las guías de organización y normatización básica de la asistencia neonatal, el flujograma de asistencia progresiva de recién nacidos recomendada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud.<sup>1</sup> Ver Figura No. 4.

Actualmente, en la Maternidad "María Cantera de Remón" del Hospital Santo Tomás se le presta asistencia progresiva al recién nacido según su condición en los siguientes sectores:

---

<sup>1</sup> José Luis Díaz Rossello, Paul Estol y Miguel Martell. Guías de Organización y Normatización Básica de la Asistencia Neonatal. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1986, p. 3.

FIGURA Nº 4  
**ASISTENCIA PROGRESIVA DE RECIEN NACIDOS**  
**FLUJOGRAMA ASISTENCIAL**



El grosor de las flechas indica el flujo mayoritario de niños

Fuente: José Luis Díaz Rossello, Paul Estol y Miguel Martell. Guías de Organización y Normatización Básica de la Asistencia Neonatal. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1986. p. 3



Primero, en el sector de recepción y reanimación se atienden a todos los neonatos asistidos en el hospital. El objetivo de esta sección, brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, interviniendo en aquellos casos que presenten patologías que pongan en riesgo su vida o que se asocien con secuelas en el período neonatal. Ver Figura No.5

El otro sector es el de cuidados transicionales. Aquí se atenderán a todos aquellos recién nacidos y sus madres que no necesiten cuidados especiales, los cuales serán considerados luego de un breve período para ser trasladados al de alojamiento conjunto; cuyo objetivo consisten en proporcionar apoyo y estrecha observación a la madre y su recién nacido, en el período crítico de adaptación inmediata al parto (hasta las seis horas de vida). Ver Figura No. 6.

En el sector de cuidados intermedios se atenderán a todos los recién nacidos que requieran cuidados continuos de enfermería, sin necesidad de un control médico permanente ni sistemas de diagnóstico ni de apoyo vital complejo. La finalidad de esta

sección es el de ofrecer asistencia y diagnóstico, a fin de lograr una sobrevida sin secuelas. Ver Figura No. 7.

El sector de alojamiento conjunto brinda atención a todos los binomios madre hijo normales (que no sean factores de riesgo inmediato). Su principal objetivo es el de supervisar y apoyar a la madre y a su hijo en el puerperio mediano y educación de los padres sobre los cuidados requeridos por su hijo. Ver Figura No. 8.

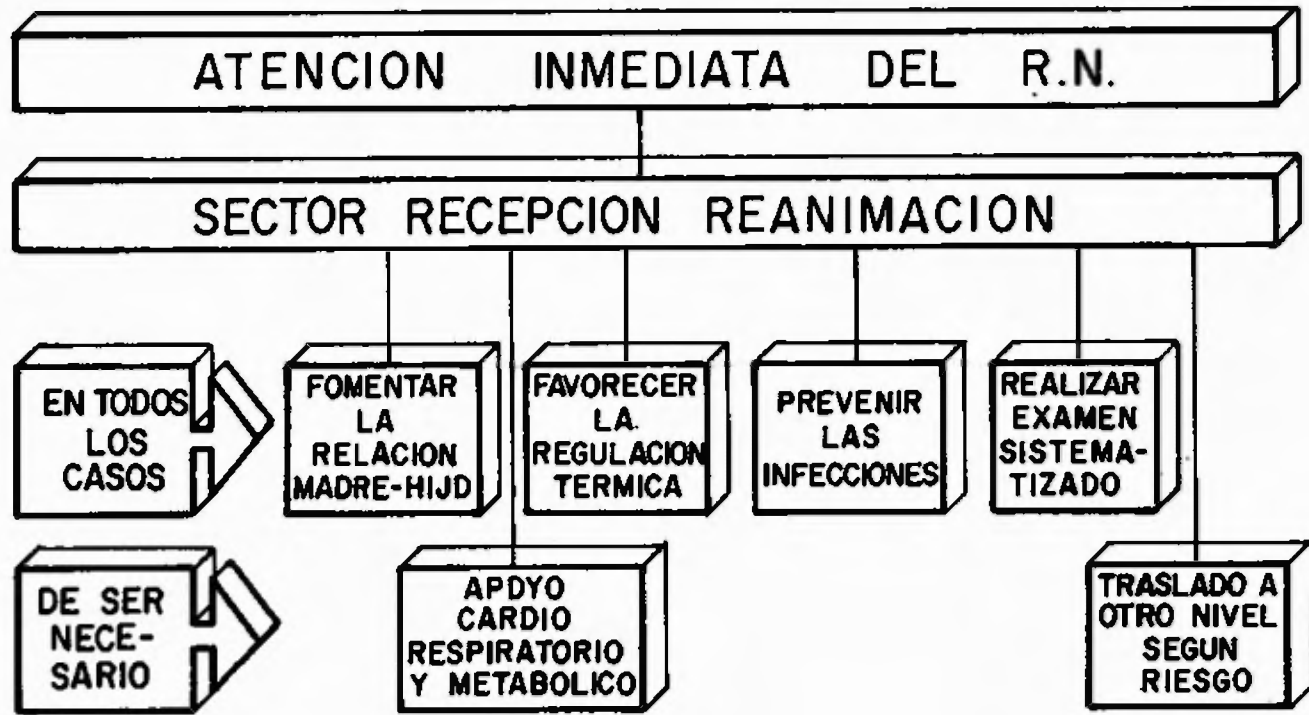
Dentro de la atención brindada al recién nacido y según sea su condición en general, Ralph C. Benson señala que: "alrededor de un 20% de los recién nacidos estarán en riesgo moderado y un 5% de los productos vivos se encuentran en riesgo suficiente para ser trasladados a una unidad de cuidados intensivos neonatales."<sup>1</sup>

En base al resultado que se obtenga en el examen físico completo del niño el médico indicará,

---

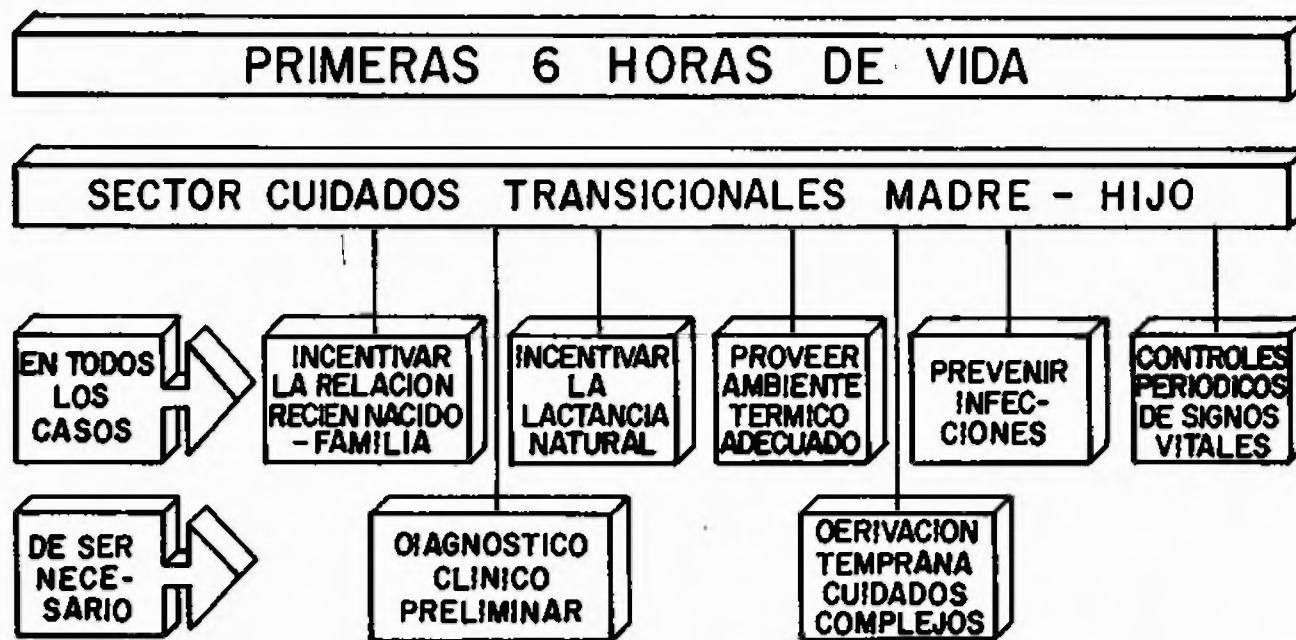
<sup>1</sup>  
Ralph C. Benson. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. 4a. edición. (México: Editorial Moderno, S.A., 1986), p. 608.

**FIGURA Nº5  
ACCIONES A CUMPLIR EN EL SECTOR  
RECEPCION - REANIMACION**



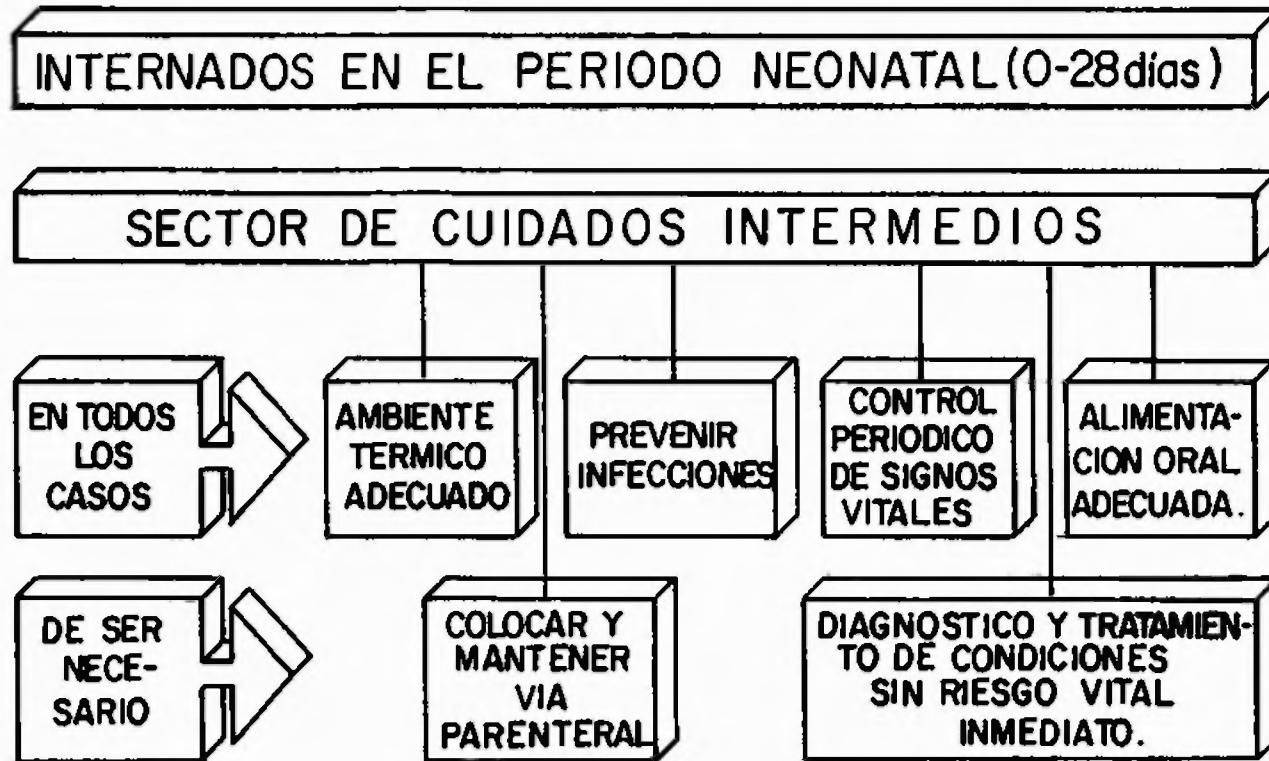
Fuente: José Luis Díaz Rossello, Paul Estol y Miguel Martell. Guías de Organización y Normatización Básica de la Asistencia Neonatal. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. 1986, p. 7.

FIGURA Nº 6  
**SECTOR DE CUIDADOS TRANSICIONALES  
 MADRE - HIJO**



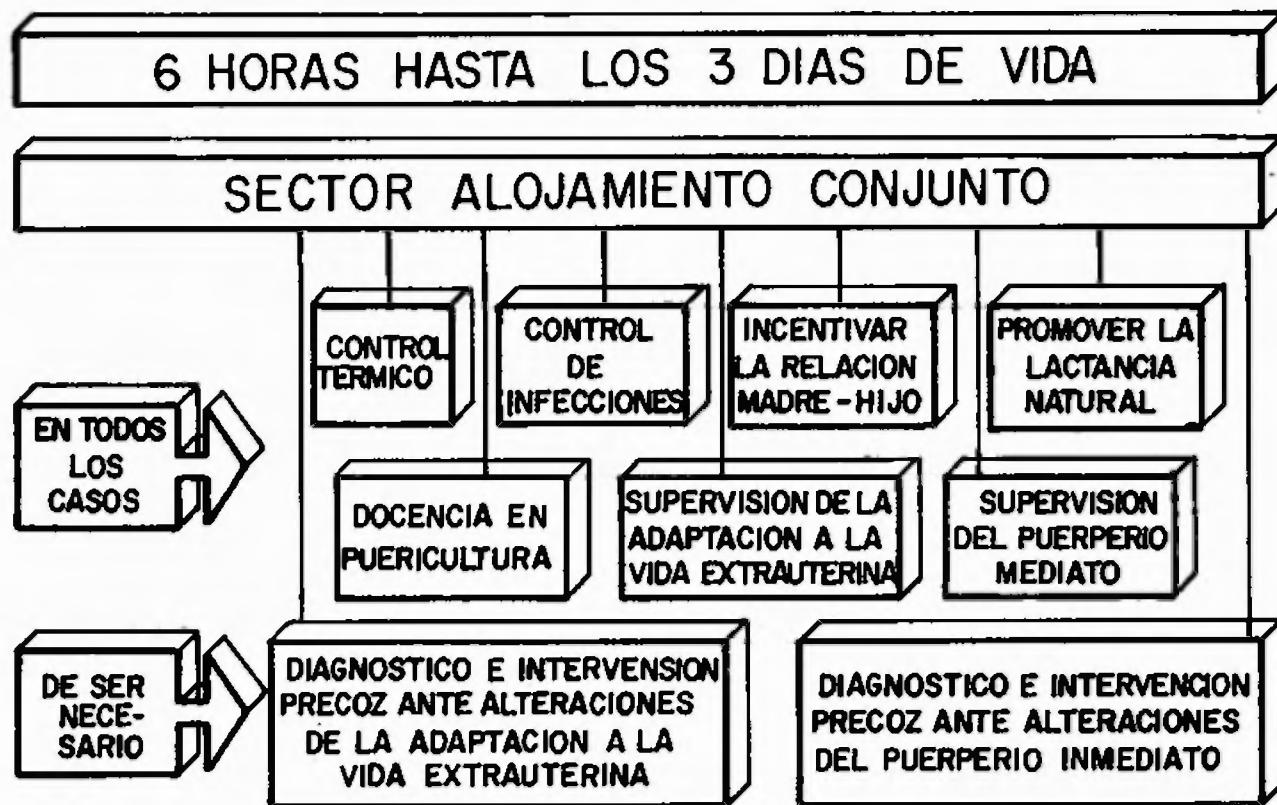
te: José Luis Díaz Rosello, Paul Estol y Miguel Martell. Op. Cit. p. 34.

FIGURA Nº 7  
SECTOR DE CUIDADOS INTERMEDIOS



Fuente: José Luis Díaz Rossello, Paul Estol y Miguel Martell. Op. Cit., p. 42.

**FIGURA N°8**  
**SECTOR DE ALOJAMIENTO CONJUNTO**



Fuente: José Luis Díaz Rosellio, Paul Estol y Miguel Martell. Op. Cit., p. 56.

según la condición encontrada, si el recién nacido presenta factores de riesgo elevado para ser atendido en cuidados intensivos, intermedios o cuarto del recién nacido normal para, posteriormente iniciar la relación madre-hijo en sala de puerperio.

### 3.3 Factor económico en la atención al recién nacido con riesgo

Actualmente se ha observado un período de rápida transformación, en países de América Latina y el Caribe en lo que respecta a la atención neonatal y eso se debe a la difusión de modelos asistenciales, los cuales provienen en su gran mayoría de los países desarrollados, lo cual ha influido en los perfiles de morbimortalidad infantil, con relativo predominio en la mortalidad neonatal.

Cabe mencionar que, a diferencia de los países desarrollados, los problemas de salud y atención a la población en general en nuestros países latinoamericanos son mayores y los recursos son limitados y decrecientes.

La actual crisis generalizada por la cual estamos atravesando en estos momentos los países en vías

de desarrollo coadyugan para que se vean estancados y sean condicionados para prestar la debida atención de salud a su población, con los recursos existentes y se va formando así una serie de comunidades marginadas, con menos expectativas de vida y de salud para el año 2000.

José Luis Díaz Rossello y otros, sostienen que: "el 90% de los neonatos de bajo peso del universo contribuyen al 80% de la mortalidad neonatal nacen y nacerán en los próximos años en los países en desarrollo y los gastos en salud son cada vez menores, así como los demás gastos sociales debido a la crisis económica. A su vez las frecuentes políticas de ajuste que se han impuesto los países en sus economías, por el endeudamiento externo, golpean más fuerte a los grupos más vulnerables."<sup>1</sup>

Según informe presentado por los citados autores, se observa que la incorporación de nuevas tecnologías, así como las modificaciones en las organizaciones de los servicios y el creciente costo

---

<sup>1</sup> José Luis Díaz Rossello y otros. Aspectos Económicos de la Atención Neonatal. (Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1986) p.p. 1-2.



de los mismos, son de gran preocupación a nivel técnico y político. Ellos sostienen que, si bien es cierto, la vida o muerte no deben estar supeditadas a los costos, pero por los limitados recursos públicos y por la pobreza en grandes sectores de la población, se ven obligados en los distintos servicios de salud, a determinar prioridades al momento de asignar los recursos y toman la trágica decisión de permitir la sobrevivencia de unos y la consecuente muerte de otros.

#### 3.4 Evaluación y clasificación del recién nacido con riesgo.

Para evaluar al recién nacido hay que reconocer sus antecedentes y debemos recordar, que el recién nacido los tiene, porque el niño ya existía antes y sólo ha nacido. Nunca se podrá insistir demasiado en la importancia de estos antecedentes; es decir, la historia materna con anterioridad a la concepción y durante todo el embarazo; la evolución del trabajo de parto, el parto y todo signo de sufrimiento fetal, porque en el momento del examen, el neonato reflejará la suma total de su pasado genético y ambiental y las agresiones menores y mayores a las

que estuvo expuesto.

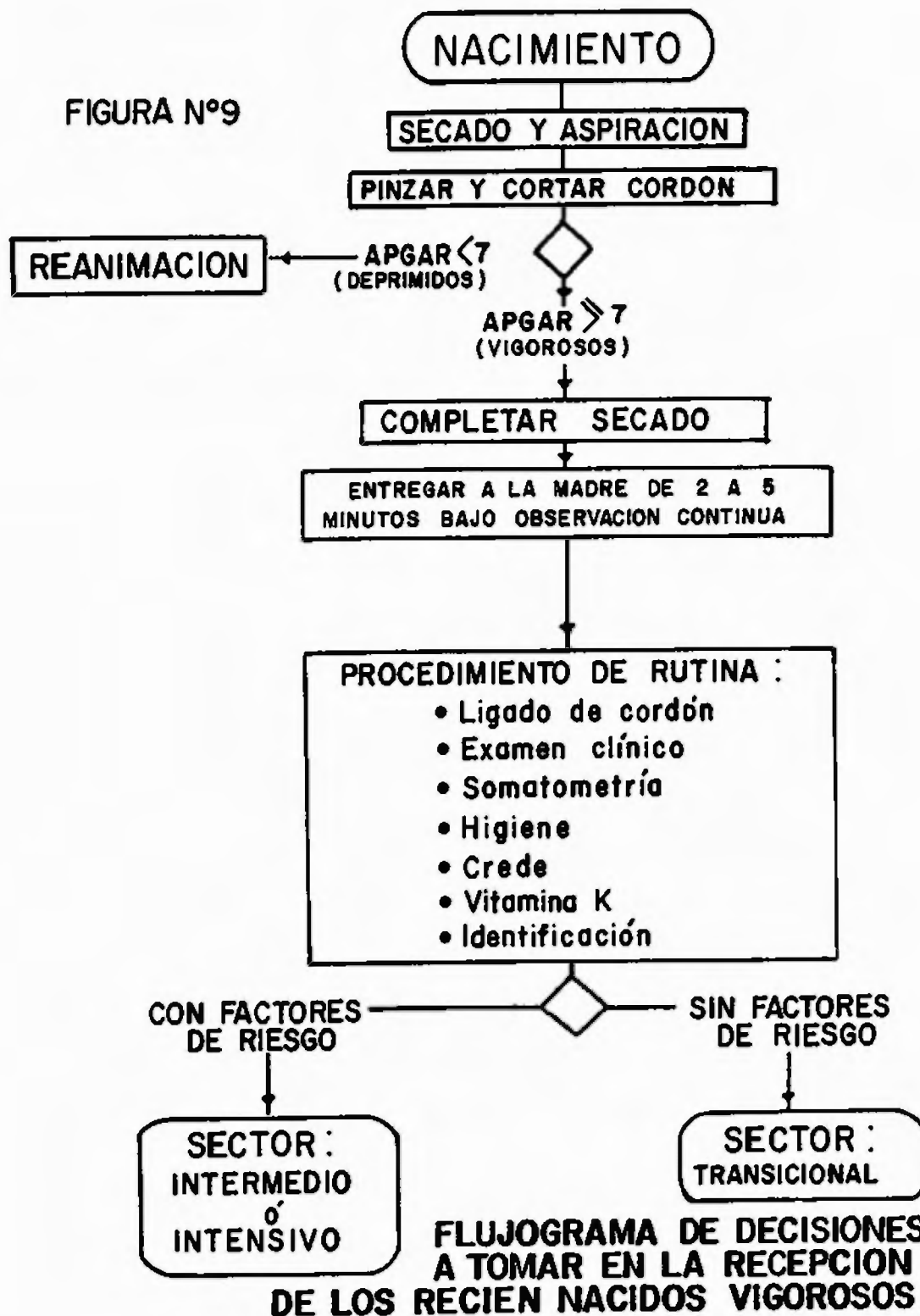
Las enfermeras del equipo de salud perinatal son vitales en la evaluación y manejo del recién nacido de riesgo, ya que inicia el contacto inmediato en la sala de parto y continúa sus evaluaciones durante el período neonatal.

La información obtenida como parte de los datos básicos del recién nacido, son también vitales para trazar un plan de manejo médico. Ver Figura No. 9.

La primera evaluación sistemática de cada recién nacido es el apgar. Este evalúa rápidamente el estado del recién nacido y ofrece una determinación objetiva sobre la cual serán basadas las decisiones de las medidas de resucitación y soporte. La reevaluación del apgar, mide la respuesta del neonato a las medidas y su éxito para adaptarse a la vida extrauterina.

Cuando las condiciones que comprometen la vida han sido manejadas y la condición del infante empieza a estabilizarse, es necesario hacer una evaluación más completa, incluyendo una clasificación de su estado físico, comportamiento neurológico, ma-

FIGURA Nº9



durez y edad gestacional. Estos, juntos al apgar, medidas de estabilización inmediatas, van a aportar una base para las decisiones sobre el nivel de cuidado que necesita el recién nacido y si requiere el traslado a otras facilidades.

La enfermera debe tener experiencia en el manejo, observación y evaluación de neonatos para diferenciar características normales y desviaciones comunes benignas de condiciones serias que ponen en peligro la vida del neonato.

#### Evaluación inmediata

En la escala de apgar, el puntaje al minuto es la base para la resucitación inmediata o medidas de estabilización. Se cataloga al recién nacido de alto riesgo cuando el puntaje de apgar es de cero a tres ( 0 - 3 ) y el niño se notará severamente deprimido, por lo cual se realizarán esfuerzos completos de resucitación.

El riesgo se considera moderado para aquellos recién nacidos con puntaje de apgar de cuatro a seis (4 - 6) y éste se observará moderadamente deprimido, por lo cual se le podrán brindar algunos esfuerzos de resucitación.

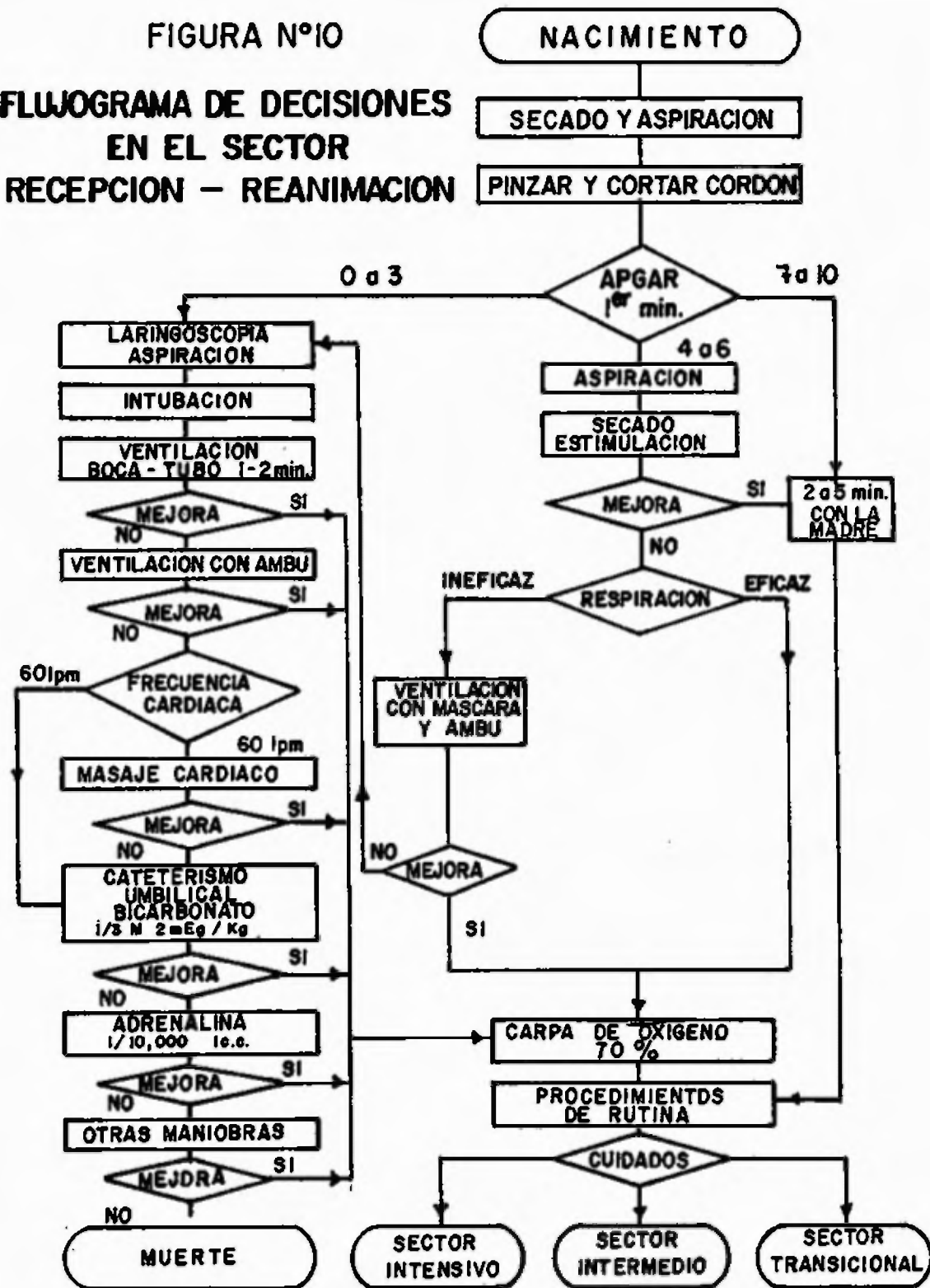
El riesgo es bajo para aquellos recién nacidos con puntaje de apgar de siete a diez (7 - 10), los cuales se adaptan bien, por consiguiente se les brindarán cuidados y soporte, según sea el caso. Ver Anexo No. 1.

Con el puntaje de apgar, a los cinco minutos de nacido el niño, se le evaluará la adaptación progresiva a la vida extrauterina y sus esfuerzos de estabilización. Esta evaluación puede ser repetida cada cinco minutos hasta lograr estabilizarse al niño para evaluar los esfuerzos de resucitación. Ver Figura No. 10.

#### Examen Físico

En el esquema físico del recién nacido es importante un abordaje sistemático, para comprobar que no se olvida ningún detalle. Por lo tanto, primero deberá ser evaluada la apariencia general y, luego, los sistemas específicos. Debe tenerse cuidado para evitar un nuevo "stress" al estado del niño, ya que esto podrá empeorar la condición del neonato. Hay que examinar al niño en un ambiente tibio, bajo una lámpara radiante o en una incubadora cerrada.

FIGURA N°10  
FLUJOGRAMA DE DECISIONES  
EN EL SECTOR  
RECEPCION - REANIMACION



Es importante que se agrupen los procedimientos y evaluaciones para conservar la fuerza del niño y minimizar el consumo de oxígeno. Si se atiende a un niño obviamente enfermo, prematuro o con otra patología, la evaluación deberá ser más breve.

La evaluación física, edad gestacional y clasificación pueden ser llevadas a cabo simultáneamente. Durante la evaluación se deberá estar alerta a los cambios en la condición del niño, para así ajustarla cuando sea necesaria.

#### Edad Gestacional

La edad gestacional puede determinarse por el tiempo de embarazo de la madre o por examen y evaluación, con la escala de Dubowitz.

Según el tiempo de embarazo, el recién nacido a término es aquél que tiene entre treinta y siete y cuarenta y dos semanas de gestación (37 - 42 semanas). Se considera un niño pretérmino a aquél nacido antes de las treinta y siete semanas de gestación y el recién nacido post-término, al nacido después de cuarenta y dos semanas de gestación.

La escala de Dubowitz puede ser usada para clasificar a un recién nacido de edad gestacional incierta. En ella se usa una combinación de características del comportamiento neurológico y físico, algunos puntos son de uso limitado en el recién nacido muy enfermo y pretérmino, pero una estimación muy cercana es usualmente obtenida. Si el puntaje es asignado cuidadosamente, una edad gestacional puede obtenerse con una aproximación de dos semanas.

Luego de evaluar cuidadosamente cada punto, éstos se suman y así se determina la edad gestacional.

El recién nacido es clasificado posteriormente por los dos parámetros el de la edad gestacional y la del peso al nacer, de esta manera se le coloca en una categoría tomando en cuenta el tamaño y la edad gestacional, la cual conlleva un riesgo para el niño.

Así se le llamará apropiado, para la edad gestacional (AEG), al recién nacido que está entre el percentil 10 y 90 de peso para la edad gestacional



particular. Se denominará pequeño, para la edad gestacional (PEG), al recién nacido que está por debajo del percentil 10 para la edad gestacional y se considerará grande, para la edad gestacional (GEG), al recién nacido que está por encima del percentil 90 para la edad gestacional.

3.4.1 Características neonatales e indicadores de problemas

Características  
Apariencia General  
evaluada por obser-  
vación solamente.

Indicativo de Problema

---

Postura	Falta de flexión de extremidades.
Simetría	Asimetría de la postura o de cualquier parte del cuerpo. Alguna asimetría en la forma de la cabeza que puede ser normal.
Tamaño	Grande o Pequeño.
Movimientos Espontáneos	Ausencia de movimientos, asimetría, parálisis, movimientos de sacudidas, movimientos convulsivos ritmos

	o repetitivos de una o más extremidades.
Respiraciones	Retracciones intercostales, subesternales, esternales, supraclaviculares, gemidos, estridor, asimetría.
Color	Pálido, cianótico, rojo brillante, moteado.
Llanto	Chillón, débil, ninguno, como gato.
Orina	Ninguna, después de 24 horas puede indicar bloqueo, anomalías o deshidratación.
Color	Rancio, mohoso, asociado a enfermedades metabólicas.
<u>Corazón:</u>	Evaluado
por observación y auscultación mientras el infante está quieto.	
Pulsación localizada en el 4o. espacio in-	Movimiento excesivo del pecho con cada latido.

tercostal línea media  
clavicular.

Impulso apical palpa-  
ble en el 4o. espacio  
intercostal línea me-  
dia clavicular.

Thrill.

Frecuencia 100-180;  
varía con la activi-  
dad; algunas irregu-  
laridades pueden ser  
normales.

Ritmo irregular; soplos:  
usualmente auscultados en el  
borde esternal izquierdo,  
3er. espacio intercostal;  
raro en el apex, frecuencia  
menor 100 o mayor de 180.

Presión arterial (sis-  
tólica de 55 en in-  
fantes a término).

Hipertensión, hipotensión.

Pulmones: Evaluado  
por observación, per-  
cusión y auscultación  
Respiración abdominal  
con algún movimiento.

Patrón de vaivén del tórax  
y abdomen.

Frecuencia de 30 a 60  
respiraciones por

Frecuencia menor de 20 a 30  
mayor de 60 o groseramente

minuto, normalmente irregular con períodos de un poco irregular.      Irregular con períodos de apnea.

Llenado idéntico, simetría, ruidos respiratorios claros hasta el diafragma.      Llenado desigual, áreas de silencio, matidez, respiración superficial.

Unos cuantos estertores normales en los primeros minutos de vida hasta que se absorbe el fluido alveolar.      Estertores, roncus, sibilancias, gruñidos, timpanismo, excesivo, sobreinflación tórax en túnel.

Percusión claro      Aleteo nasal, refracción "fascies de preocupación" con respiración dificultosa.

Proporciones corporales

Evaluada por observación y medida.

Circunferencia mayor de la cabeza (diámetro 33-35 cm).      Grande o pequeño.

Circunferencia del tórax.      Más grande que el tórax.

rax a nivel del pezón  
(30-33 cm).

Extremidades flexiona-  
das hacia atrás.

Flácidas, rígidas en ex-  
tensión, asimetría.

Longitud a término:

19-21 pulgadas

Peso a término:

Promedio: 2,600 - 3,800

Kg.

Piel Evaluado por ob-  
servación y palpación.

Temperatura de la piel  
(axilar) 97.7-98.6o .F.

Hipotermia, hipertermia.

Vernix caseosa en plie-  
gues de la piel, en la  
espalda.

Verniz excesiva: pretérmi-  
no (34-36 semanas de ges -  
tación) poco o ausencia de  
vernix: pretérmino (tem-  
prano en el 3er. trimestre)  
o post término.

Color rosado con acro-  
cianosis.

Pálido, cianótico, ictérico  
pletórico (rojo), moteado.

Llenado capilar. Blanca a la presión debe llenarse rápidamente.

Lanugo en hombros, espalda y frente.

Millio en la nariz y mentón.

Hemangioma, nevos, mancha mongólica

Vesículas: eritema tóxico, (rash rojo con vesículas) de

Llenado capilar lento, asociado con compromiso del estado cardíaco o vasoconstricción.

Cubre el cuerpo de prematuros.

Trauma durante el nacimiento puede ser evidenciado por una variedad de hallazgos, incluyendo equimosis, cianosis, localizada y petequia.

Edema inflamación firme o blanda en partes específicas.

Usualmente no son serias, pero deben ser anotadas para la evaluación siguiente.

Rash, pústulas con fluido claro o material purulento.

ninguna significación desfavorable.

Grasa subcutánea

Falta de grasa en prematuros, Exceso en infantes grandes (ejemplo de madres diabéticas).

Hidratación

La piel se pliega o arruga con la deshidratación. Edema o piel brillante en sobrecarga hídrica o falla cardíaca.

Cabeza y cuello Evaluado por palpación y observación.

Simetría de la cabeza, cierto amoldamiento y sobreposición de las suturas es normal.

Amoldamiento excesivo, gran sobreposición.

Caput succeda neum leve

Caput succeda neum extremo, cefalohematoma, contusión.

Fontanelas. Fluctuante.

Grandes o tensas. Asociadas

Anterior: forma de diamante (5 cm. x 5 cm. o menos). con aumento de la presión intracraneal.

Posterior: Triangular (1.5 cm. o menos), Huesos suaves, fracturas. puede ser del tamaño del pulpejo del dedo por el amoldamiento.

Cabello: Patrón normal de la línea de implantación del cabello y cejas. Baja implantación, cejas, excesivas, áreas de alopecia.

Oídos: Posición normal (parte superior del oído por encima del canto del ojo); cartílago firme, canal patente; apéndices preauriculares deben ser notados. Baja implantación, rotadas hacia atrás, ausencia o partes o toda la pinna o el canal. Cartílago suave asociado con prematuridad.

Puede parpadear o llorar por los ruidos altos. Si está ausente, reevaluar más tarde. Evaluación de la audición en jóvenes in-



fantes, enfermos es impreciso.

Cara: Simétrica.

Asimétrica, parálisis.

Mandíbula: simétrica

Protruye o recede.

Tabique nasal: algo aplanado.

Colapsado.

Ojos: simetría poco edema palpebral debido al nitrato de plata, es normal.

Distancia aparte (4.5 cm. entre pupilas, angostas, asimétricas, exceso de edema, epicanto, equimosis.

Pupilas iguales, reaccionan igual a la luz.

Pupilas desiguales, no reactivas, anormalidades del iris.

Reflejo rojo presente

Cataratas, córnea opaca.

Hemorragia sub-conjuntival: usualmente benigna se resuelve.

Pseudo estrabismo

Signo del Sol naciente (cada pupila o iris cae bajo el párpado inferior) si es breve puede ser normal.

Parpadea reflejamente a la luz brillante

Su ausencia puede indicar desorden visual.

<u>Nariz:</u> Conductos patentes (examine ocluyendo uno, luego el otro). Septum en línea media, recta, reflejo del estornudo normal.	No patentes.  Desviada, fracturada.
<u>Boca:</u> Simetría y movimientos, labios, paladar duro y blando in tacto.	Asimetría, labio leporino, paladar hendido.
Encías lisas, no hay dientes, ligeras desviaciones pueden ser normales.	Dientes al momento de nacer conllevan el riesgo de aspiración.
<u>Lengua:</u> Tamaño, forma y colocación normal.	Lengua muy grande o muy pequeña; lengua normal con mandíbula corta puede parecer grande.
<u>Cuello:</u> Rango de movimiento normal	Frenulum muy pequeño. Limitación de movimiento masas: linfáticas, músculo esternocleidomastoideo aumentado (tortícolis) hematoma;

pliegue cutáneo excesivo,  
pliegues, edema, hendidura  
branquiales, senos, quis-  
tes, distensión venosa.

Tórax: Evaluado por ob-  
servación, palpación  
y perímetro.

Ver pulmones: simétrico  
en forma de campana.

Asimetría de estructuras o  
movimiento en forma de tu-  
nel.

Clavículas

Crepito o llanto a la pal-  
pación está asociado con  
fractura.

Costillas: flexibles,  
simétricas.

Crepitos, asimetría, inmo-  
vilización.

Pezones: simétricos,  
tejido mamario presen-  
te. En producto a tér-  
mino; espaciados.

No hay modelo mamario: Aso-  
ciado con pretérmino muy  
espaciados (Mayor 28% de la  
circunferencia del tórax):  
Mamas supernumerarias (No  
patológico, pero puede es-  
tar asociado a otras condi-  
ciones).

Abdomen: Evaluar por inspección, auscultación, palpación, percusión.

Cilíndrico, puede protruir, blando a la palpación.

Auscultar ruidos (intestinales). Peristálticos (normalmente presentes después de 10 - 15 minutos de vida).

Palpar hígado en el reborde costal derecho

Palpar riñones (antes de dar alimento).

Palpar bazo (apenas palpable o inpalpable).

3 vasos en el cordón umbilical, gelatina de Wharton, blanco azulado.

Pulso femoral: presente

Tenso, distendido, flancos abultados, dilatación de vasos sanguíneos.

Masas, visceromegalias. Percutir por masa huecas o llenas de fluidos, ausencia de ruidos peristálticos.

Hígado mayor 3 cms. bajo, reborde costal.

Aumentado, ausente.

Aumentado.

2 vasos en el cordón umbilical, fetidez del cordón, manchado de meconio o icterico, hernia umbilical, distensión de la vejiga.

Asimetría, más débil que el

bilateral. Igual, aproximadamente igual en intensidad al pulso branquial. pulso branquial, ausencia de pulsos.

Genitales masculinos:  
evaluar por observación y palpación.

Pene: meato al final del glande. Epispadias, hipospadias.

Testículos en escroto, arrugas normales. Criptorquidia hidrocele, edema; ausencia de arrugas (prematuro); depresiones en el escroto asociado con torsión testicular.

Periné liso Depresiones, senos.

Ano patente Ano imperforado.

Genitales femeninos:  
Evaluar por observación.

Labios mayores: bien desarrollado en recién nacido a término Labios menores protuye más en el pretérmino; fusión labial.

Clítoris normal Aumentado.

Meato uretral detrás

del clítoris	Desplazado.
Himen, secreción blanquesina normal, vagina patente.	Himen imperforado.
Secreción teñido de rosado. Ano patente	Ano imperforado.
Espalda: Evaluar por palpación y observación.	
Recta, simétrica, palpar vértebras intactas	Escápula alada. Escoliosis, vertebra parcial o totalmente ausente. Masas, protusión de la columna (mielomeningocele).
Hendidura pilonidal (puede visualizarse la abertura).	Quiste o seno pilonidal.
Patrón de distribución del vello en el sacro normal lanugo.	Exceso o ausencia de vellos.
Extremidades: Evaluar por observación y palpación.	

Cuente los dígitos, palpe los huesos largos verificando que estén completos e intactos.	Focomelia, Amelia, deleciones o funciones de los dígitos; dígitos extras, fracturas de huesos largos.
Uñas bien formadas	Uñas ausentes o malformadas, edema.
Pliegues palmares normales.	Pliegues simianos (Síndrome de Down).
Pliegues plantares cubren aproximadamente la mitad del pie a término.	Pliegues plantares cubren 1/3 o menos asociados con pretérmino. Dedo mayor muy espaciado de los otros (Síndrome de Down).
Resistencia a la extensión, prensión plantar y palpar firme.	Pobre tono muscular, no hay resistencia, debilidad o ausencia de reflejo de presión
Pulso pedio, popliteo, braquial presentes, aproximadamente iguales.	Débil, ausentes, asimétricas
Curvatura tibial normal.	Exceso de torción tibial.

Pie y tobillos se mueven fácilmente, pueden ser flexionados y curvados debido a la posición in útero.	Posición anormal de los pies, inabilidad de corregir a la posición normal.
Reflejo patelar, braquial presente.	Ausencia de reflejos.
Clonus en el tobillo: unos cuantos golpes son normales.	Clonus sostenido.
Las caderas con rango de movimiento completo.	Click presente a la abducción, limitación de la abducción.
Pliegues cutáneos simétricos en (glúteos) nalgas y muslos.	Asimetría de los pliegues con dislocación congénita de caderas.
Respuesta neurológica. Evaluar por observación percusión, palpación, manipulación, movimiento.	
Para el infante prematuro obviamente enfermo	



la evaluación de unos cuantos reflejos es suficiente.

Succión, deglución, pre Debilidad o ausencia de  
sión palmar y plantar, cualquiera de éstos pue-  
Babinski (positivo en de estar relacionado al  
el neonato normal). estado del infante (sueño  
despierto, llora) o al gra-  
do de saciedad.

Una respuesta pobre debe ser re-evaluada más tarde.

Observe la respuesta general del infante a estímulos en el ambiente tales como su manipulación, luz, ruido.

Una respuesta general pobre puede estar asociada con trauma al sistema nervioso central, depresión central o inmadurez.

Asimetría de la respuesta frecuentemente está asociado con trauma local. Respuestas hiperactivas o hipoactivas pueden indicar problemas.

FUENTE: Vestal, Katherine W.; Miller, Mackenzie Carole. High risk perinatal nursing. (United States of America: Press of WB Saunders Company, 1983), p.p. 282 - 287.

### 3.5 Atención ambulatoria del recién nacido en Panamá

Dentro de las actividades de atención, según las normas de control de crecimiento, alimentación y desarrollo, que indica el Programa de Salud Infantil en Panamá se mencionan: la atención del recién nacido, la cual se brinda desde la presentación de la cabeza en el período expulsivo y se continúa hasta el alojamiento conjunto, con el apego inmediato como medio para promover la lactancia materna exclusiva como una estrategia que asegura la sobrevivencia y que seguirá con el monitoreo en el control ambulatorio durante las primeras cuatro semanas de vida. Este monitoreo incluye el control de crecimiento físico, control de la alimentación y estado nutricional, control y estimulación del desarrollo, control de enfermedades prevenibles por vacunas y atención ambulatoria del niño enfermo.

Es importante, que la atención para el control del crecimiento, alimentación y desarrollo, se inicie lo antes posible, cuando el recién nacido haya cumplido los 15 días de vida y se utilice la metodo-

logía con enfoque de riesgo en la atención infantil.  
Ver Anexo No. 2.

Dentro de la orientación y educación a la madre adolescente se le deberá indicar la importancia de los controles de salud del recién nacido, para que cumpla con la asistencia a los mismos.

En la actualidad, en el Programa de Salud Infantil en Panamá, se ha normado que: "para mejorar la atención de los recién nacidos y la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, se propuso que la concentración de consultas para la Región Metropolitana, la cual atiende el 33% de los recién nacidos del país, fueran de tres (3) controles de la siguiente forma: un control a la semana de nacido, segundo control a los 15 días y tercer control al mes de nacido." <sup>1</sup> Ver Anexo No. 3 de Esquemas de Citas.

Cuando el recién nacido es dado de alta en la Maternidad del Hospital Santo Tomás, se le hace

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Departamento Materno Infantil. "Normas Técnico-Administrativas del Programa Infantil." Atención Ambulatoria. (Panamá: Ministerio de Salud, 1988), p.p. 12-13.

entrega de los documentos correspondientes de referencia e interconsultas, los cuales son enviados, de acuerdo a las Regiones o Areas de Salud a la que pertenece el niño, según su ubicación por Corregimiento. Posteriormente, son enviadas las copias de dichas referencias e interconsultas a los respectivos Centros de Salud o Policlínicas.

Las madres adolescentes deberán llevar (según normas) al niño con sus respectivas referencias y presentarse a los controles de salud, acorde a la edad y su condición de salud.

En la primera consulta se le confecciona la historia clínica del niño la cual incluye: Captación del recién nacido con su epicrisis neonatal, anamnesis pediátrica, evolución infantil, curvas para evaluar crecimiento físico, formulario para evaluar el desarrollo (según el perfil de desarrollo).

Una vez cumplidos los requisitos de admisión se le tomará el peso y la talla. Si es morbilidad, se toma la temperatura, se anotarán los antecedentes maternos, familiares, del embarazo y parto del niño,

alimentación desde su nacimiento, crecimiento y desarrollo, enfermedades, hospitalizaciones y alergias.

Luego, se lleva a cabo el examen físico completo el cual incluye medición del perímetro cefálico, evaluación del desarrollo psicomotor, se revisarán y anotarán las vacunas administradas. Se apuntará el diagnóstico si es control de salud sano o morbilidad, se anotarán las indicaciones o tratamientos ordenados y se orientará a la madre sobre la importancia que tiene el cumplimiento de los controles establecidos de salud.

En la atención ambulatoria del recién nacido se utiliza el perfil para la evaluación del desarrollo del niño de 0 a 6 años de edad, el cual contempla: la edad actual del niño en las áreas o fases como: motora gruesa, motora fina, cognoscitiva, lenguaje, social, afectiva, hábitos de salud y nutrición. Ver Anexos Nos. 4 y 5.

Posteriormente, se le darán las referencias o interconsultas para la atención del recién nacido en otras instituciones de salud según sea su condición

actual, con el debido resumen clínico encontrado para su observación, en el nivel de atención correspondiente. Se orientará a la madre sobre la condición del niño y si es necesaria su hospitalización.

También se prestará el servicio de atención de visitas domiciliarias a todo recién nacido que así lo amerite, tomando en cuenta las prioridades de captación del recién nacido de más de 15 días de vida, niños con desnutrición u otras morbilidades, inasistentes a controles de salud, patologías o factores de riesgo.

#### Alimentación del Recién Nacido:

En el Programa de Salud Infantil del Departamento de Nutrición y Materno Infantil se recomienda que: "se utilice la guía de alimentación del niño en su primer año de vida, la cual ha establecido consideraciones según los aspectos anatómicos, fisiológicos, nutricionales y de adaptación social."<sup>1</sup>

La leche materna cubre todas las necesidades

---

<sup>1</sup>  
Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Departamento Materno Infantil. "Normas Técnico-Administrativas del Programa Infantil." Atención Ambulatoria. (Panamá: Ministerio de Salud, 1988), p.75.

nutricionales del niño y debe darse en forma exclusiva por lo menos hasta los cuatro meses de edad. La misma debe suministrarse a libre demanda, lo cual estimula la producción láctea. Debemos tener presente, que el niño a medida que crece establece por sí solo su horario de mamadas.

### 3.6 Patrones de embarazo y morbi-mortalidad Infantil

En la actualidad, la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal van a depender, en gran medida, de la prevención y diagnóstico prenatal, además del tratamiento precoz de las enfermedades secundarias a factores que actúan durante la gestación y el parto.

Los autores Benrman, Vanghau y Nelson nos indican que: " la alta incidencia de morbilidad y la excesiva tasa de mortalidad, en los primeros días de vida, pone de relieve la necesidad de identificar tan pronto como sea posible a los fetos y lactantes que tengan un mayor riesgo."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Richard E. Behrman, Víctor C. Vangnau y Waldo E. Nelson. Tratado de Pediatría. 9a. edición. (España: Editorial Interamericana, 1985), p. 336.

Los peligros en los patrones de procreación de alto riesgo para el niño, fueron identificados por primera vez en Europa y los Estados Unidos.

Se ha observado que el riesgo de morir es generalmente elevado en los primeros partos y éste es particularmente elevado durante el período fetal tardío y neonatal.

Según datos obtenidos en la Encuesta Mundial de Fecundidad llevada a cabo en 29 países, que incluyen Asia, Africa y América Latina se determinó que: "existe una relación constante en forma de U entre la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Los primogénitos o los niños nacidos de madres jóvenes corrían un riesgo ligeramente mayor en los países menos desarrollados."<sup>1</sup>

Recientes análisis, basados en gran cantidad de datos sobre el espaciamiento de los nacimientos y la mortalidad infantil, los cuales fueron recogidos por la Encuesta Mundial de la Fecundidad, han rea-

---

<sup>1</sup>  
Ward Rinehart y Adrienne Kols. Patrones de embarazo y mortalidad infantil. Population Report. 27. (Mayo 1985). p. 32.



firmado la conclusión de que un espaciamento corto con respecto al nacimiento anterior es peligroso para el niño.

"Informes sobre Colombia, Costa Rica, República Dominicana, México, Perú, Jordania, Sri Lanka y Panamá, así como estudios representativos de 26 países, ponen de manifiesto la relación entre los nacimientos seguidos y la alta tasa de mortalidad infantil."<sup>1</sup>

El estudio determinó que la educación de la madre, utilizada como indicador de la situación socioeconómica, afectaba las posibilidades de supervivencia de su niño. En el estudio efectuado en los 26 países mencionados anteriormente, el niño nacido de una madre no educada, tras un intervalo de menos de dos años, tenía de 1.4 a 4.3 veces más probabilidades de morir durante la infancia, que el niño nacido tras un intervalo de dos a seis años. En la mitad de los países, el riesgo se duplicó con creces.

"La edad materna y el orden de nacimientos

---

<sup>1</sup> Ward Rinehart y Adrienne Kols. Op. Cit., p. 28.

parecen tener un efecto importante sobre la mortalidad fetal e infantil, pero en muchos estudios, los patrones de procreación explican menos la variación en las tasas de mortalidad que los factores socioeconómicos, la historia reproductora, o la disponibilidad de la atención prenatal.<sup>1</sup>"

A pesar de los resultados obtenidos en diversos estudios, las causas de la mortalidad infantil son complejas y pueden deberse a su relación con muchos factores diferentes, tales como: el estado de salud de la madre, condiciones ambientales, factores familiares y socioeconómicos, calidad de atención médica y si el niño es deseado o no. En ciertas circunstancias, todos estos factores contribuyen a aumentar el riesgo para él.

Los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales tienen efectos importantes en la morbimortalidad del niño. Entre las causas que están fuertemente asociadas a los tres factores antes mencionados tenemos:

- La desnutrición materno - fetal.

---

<sup>1</sup> Ward Rinehart y Adrienne Kols. Op. Cit., p. 32.

- La infección ovular, fetal y neonatal.
- La rotura prematura de membranas con o sin infección ovular.
- La prematuridad por parto prematuro espontáneo, asociado a patología, iatrogénico, por inducción o cesárea.
- La hipertensión crónica o inducida por el embarazo o toxemia con o sin desprendimiento prematuro de placenta o infartos placentarios.
- Parto distócico y la iatrogenia negativa durante el parto (traumatismos ocitócicos, anestésicos, analgésicos y otras drogas, amniotomía y otros).
- La hipoxia feto-neonatal con accidentes del cordón umbilical, aspiración meconial.
- Las anomalías congénitas.<sup>1</sup>

En la Gráfica No. 1 se establece la relación entre los factores de riesgo y los daños asociados. Así tenemos que los daños, la muerte precedida de

---

<sup>1</sup>  
Ricardo Schawarcz. "Salud Perinatal y Actividades Regionales del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano." Salud Pública Perinatal. Tomo II. (Uruguay: CLAP, OPS y OMS, 1984), p. 11.5.

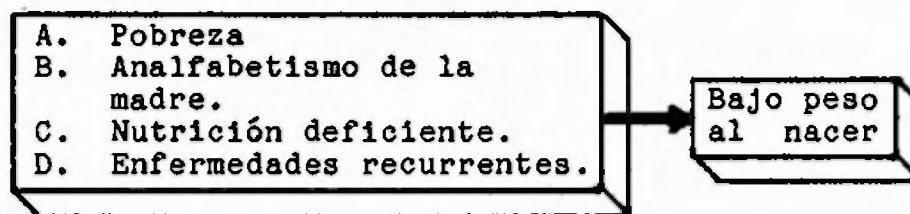
gastroenteritis, en un niño con bajo peso al nacer, tienen relación de causalidad con factores de riesgo como la pobreza y el analfabetismo de la madre, una nutrición deficiente, enfermedades recurrentes, destete prematuro, agua contaminada, ambiente contaminado, rehidratación tardía y otros. Hay así una interrelación de los factores de riesgo y de los daños asociados y éstos pueden corresponder a cualquiera de los tres elementos indicados en la gráfica.

La Gráfica No. 2, destaca los factores de orden biológico que afectan desfavorablemente la salud y aquéllos que la favorecen. También, en el orden económico-social y ecológico se dan estas situaciones. Gráficas No. 3 y 4.

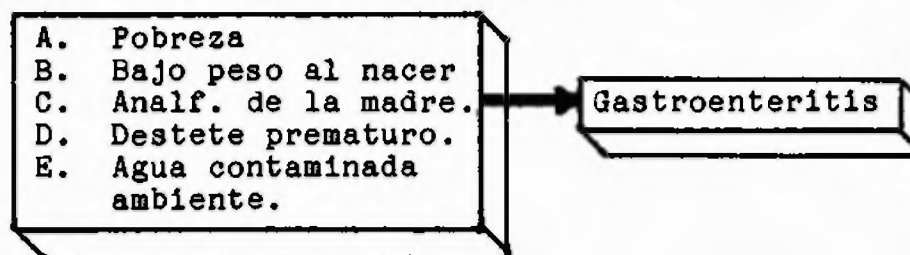
GRAFICA No. 1

FACTORES DE RIESGO Y LOS DAÑOS ASOCIADOS

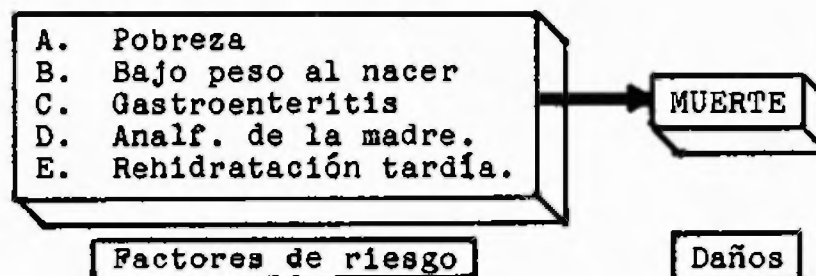
EL FETO SE CONVIERTE EN UN RECIEN  
NACIDO DE BAJO PESO



EL NIÑO DESARROLLA GASTROENTERITIS



EL NIÑO ENFERMO MUERE



FUENTE: Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Seminario Taller sobre Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo en su atención integral." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Noviembre, 1985), p. 22.

GRAFICA No. 2

FACTORES DE ORDEN BIOLÓGICOS QUE AFECTAN  
DESFAVORABLEMENTE LA SALUD Y AQUELLOS QUE  
LA FAVORECEN

FACTORES DE RIESGO

SITUACIONES FAVORABLES

**BIOLOGICOS**

DESNUTRICION

Consumo de alimentos con todos los nutrientes en cantidades adecuadas y en proporciones apropiadas para mantener la salud y para recuperar al paciente en los episodios de enfermedad.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Inmunizaciones.

AUSENCIA O DEFICIENCIA  
DE ATENCIÓN PRENATAL

Control prenatal apropiado.

MALA ATENCION DEL PARTO

Atención con personal capacitado en el nivel de complejidad apropiado conforme al riesgo.

BAJO PESO AL NACER

Prevención de la prematuridad-nutrición materna adecuada.

MULTIPARIDAD EMBARAZOS  
EN EXTREMOS ~ INTERVA-  
LOS INTERGENÉSICOS COR-  
TOS.

Planificación familiar.

FUENTE: Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Op. Cit., p. 23

GRAFICA No. 3

FACTORES DE ORDEN SOCIOECONOMICOS-SOCIALES QUE AFECTAN DESFAVORABLEMENTE LA SALUD Y AQUELLOS QUE LA FAVORECEN

FACTORES DE RIESGO

SITUACIONES FAVORABLES

ECONOMICOS SOCIALES

POBREZA \*/ MARGINALIDAD

Satisfacción de las necesidades básicas y su familia.\*/ Gráfico.

BAJO NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE

Alfabetización, educación sanitaria, conocimientos de puericultura.

HABITOS, CONDUCTAS, PRACTICAS CULTURALES DESFAVORABLES (DESTETE PRECOZ, TABUES).

Prácticas favorables (lactancia natural prolongada)

INESTABILIDAD FAMILIAR  
ABANDONO DEL MENOR

Legislación y costumbres de protección a la infancia y la familia

\*/ Se considera pobre a quien no obtiene o no puede procurarse recursos suficientes para llevar una vida minimamente decorosa de acuerdo con los estándares impuestos por el estado de vida predominante en la sociedad a que pertenece.

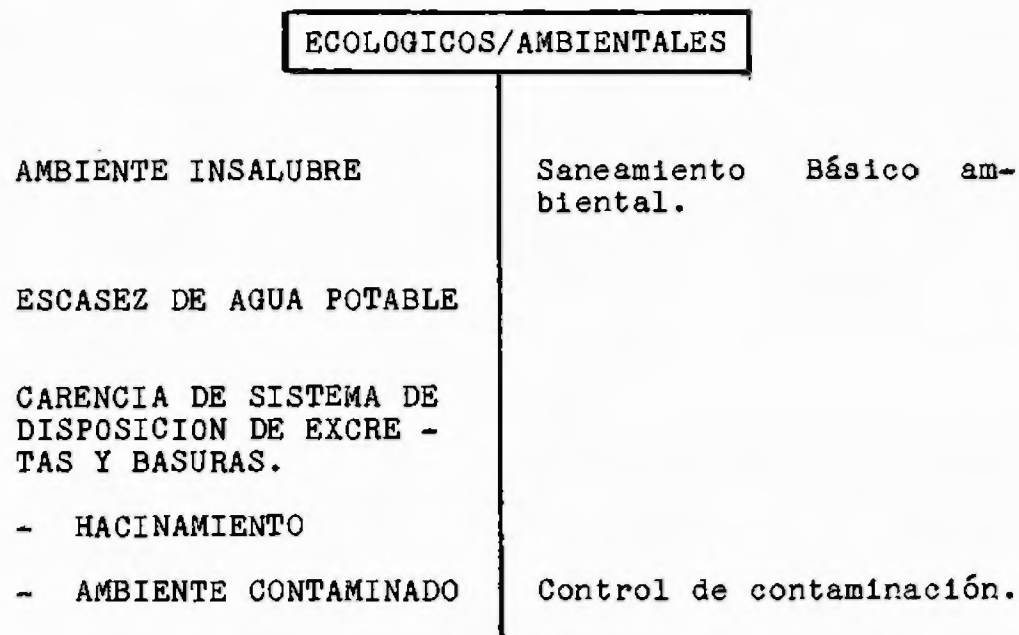
FUENTE: Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Op. Cit., p. 24.

GRAFICA No. 4

FACTORES DE ORDEN ECOLOGICOS AMBIENTALES QUE AFECTAN DESFAVORABLEMENTE LA SALUD Y AQUELLOS QUE LA FAVORECEN

FACTORES DE RIESGO

SITUACIONES FAVORABLES



FUENTE: Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Op. Cit., p. 25



### 3.7 Morbi-mortalidad Materno Infantil en Panamá

"A pesar de que ha descendido, en el último quinquenio, la morbimortalidad Materno Infantil en Panamá, aún se mantiene en niveles elevados y, la muerte neonatal precoz, sigue representando el cincuenta por ciento de las muertes infantiles observadas en el país", según datos mencionados por el Ministerio de Salud.<sup>1</sup>

Se ha observado, que un alto porcentaje de las defunciones neonatales se producen en los tres primeros días de nacidos y el 40% de estas muertes están asociadas al bajo peso al nacer, representando este grupo el 85% de los nacimientos en Panamá.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los posibles sobrevivientes de bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de enfermar y morir que los recién nacidos de peso normal; los cuales presentan, en

---

<sup>1</sup>  
María Luisa García de Aybar y Otros.  
"Proyecto de Atención Perinatal con Enfoque de Riesgo en la República de Panamá." Ministerio de Salud.  
(Panamá: Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, 1985). p. 2

mayor proporción, alteraciones del desarrollo neurológico, del aprendizaje y de la conducta el cual implica atención especializada a mediano y largo plazo e incluye períodos de rehabilitación.

En Panamá, los factores de riesgo detectados como los más importante, asociados al bajo peso son: "la hipertensión arterial durante el embarazo, antecedentes de nacimientos previos de bajo peso, desnutrición de la mujer embarazada, edad materna menor de 18 años o mayor de 35 años, multiparidad mayor de 5 hijos, ruptura prematura de membranas, sangramiento durante el embarazo, intervalo intergenésico menor de 2 años, infección prenatal, inadecuado control prenatal y bajo nivel socioeconómico."<sup>1</sup>

Se ha observado que la mayor proporción de la población en riesgo se encuentra en las poblaciones postergadas y en los grupos de más bajo nivel socioeconómico, por lo que la planeación de las estrategias de intervención deberá mejorar la atención, especialmente dirigida a la población de alto riesgo perinatal.

---

<sup>1</sup>  
María Luisa García de Aybar y Otros.  
Op. Cit., p. 3

Cabe mencionar, que en los últimos años, se ha producido una notable disminución de los partos en madres menores de 30 años, los que están asociados a un mayor riesgo perinatal. "Sin embargo, el 20% de los nacimientos se concentran en mujeres menores de 19 años y de éstos el 1% corresponden a mujeres de 15 años de edad."<sup>1</sup>

La mortalidad perinatal en Panamá se mantiene relativamente alta y constante, la cual plantea la urgente necesidad de introducir nuevas estrategias de atención a la población de mujeres embarazadas y, en especial, al grupo de adolescentes y sus recién nacidos. Se requiere de los medios de captación del cien por ciento de estas embarazadas de alto riesgo, lo que proporcionaría la atención oportuna y continua, de acuerdo a su condición y a un adecuado sistema de referencia, de un nivel de atención a otros que asegurará su estudio, evaluación y seguimiento perinatal adecuado, de la madre adolescente y de su recién nacido de alto riesgo.

---

<sup>1</sup> María Luisa García de Aybar y Otros.  
Op. Cit., p. 6.

4. INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL  
RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES, APLICANDO  
LA TEORIA DE ENFERMERIA DE DOROTHEA E. OREM

La práctica de la enfermería nos guía a la planeación de cuidados para el cliente o paciente, tomando en cuenta los aspectos o factores que podrían causar un desequilibrio en cuanto a la salud o enfermedad del mismo. Por ello el uso funcional de una teoría, modelo o definición de salud es importante en la práctica de enfermería.

Recordemos que, uno de los propósitos de la enfermería es el de intervenir voluntariamente donde exista una variante de salud, ya que la enfermería tiene propósitos definidos y está diseñada para producir cambios positivos, en la atención del cliente o paciente.

Para evaluar los cambios o resultados esperados, se deberán explicar o medir, de acuerdo a un modelo, teoría o definición aceptada de salud.

La enfermera necesita, para poder cumplir con los propósitos de la enfermería y facilitar la ob-

tención del cambio positivo del medio de salud, una filosofía bien definida y un modelo de operación.

Así tenemos que la autora Marlene Glover Mayers nos define filosofía como: "Un grupo de creencias acerca de los seres humanos, sus necesidades, motivaciones, interacciones, mecanismos de defensa, método de adaptación, etapas de crecimiento y desarrollo."<sup>1</sup>

Al mismo tiempo, nos define la autora previamente citada, un modelo de operación como: "Un grupo de teorías acerca de las definiciones entre: criterios para recopilación de datos y para toma de decisiones acerca de las variantes (diagnóstico de enfermería), objetivos (variantes corregidas), tipos de interacción que se necesitan y métodos válidos para evaluación."<sup>2</sup>

Al poner un nuevo modelo del Plan de Atención, para el cuidado de los recién nacidos de madres adolescentes nacidos en la Maternidad María Cantera

---

<sup>1</sup> Marlene Glover Mayers. Cuidados en Enfermería. (México: Editorial Limusa, S.A., 1983), p. 16.

<sup>2</sup> Ibid., p. 16.

de Remón del Hospital Santo Tomás en los meses de octubre a diciembre de 1988, tenemos que tomar en cuenta ciertos factores.

Es necesario conocer y entender la filosofía y normas de las instituciones que brindan directamente la atención, ya que incluyen los problemas comunes que presentan los pacientes, el tipo de personal con que cuenta para brindar la atención y el grado de disponibilidad del paciente.

La filosofía de cuidados de pacientes debe representar un punto de vista completo con respecto a políticas y prácticas a seguir, para el cuidado del paciente. Igualmente, deben proporcionar las bases para la práctica diaria de la enfermería dentro de una institución.

Una filosofía bien desarrollada en enfermería guiará el cuidado del paciente, a través de una evaluación continua y estimulante de todo el servicio de enfermería, de la administración, políticas y prácticas para el desarrollo del personal, proporcionando una base para la organización de los servicios para llevar a cabo el cuidado del paciente e

incluye el tipo de acciones e intervenciones de enfermería, así como los métodos que se utilicen para evaluar el cuidado.

Es importante que las instituciones se aseguren a sí mismas, a sus clientes y a su personal siguiendo las normas básicas para los cuidados de enfermería con las que funcionan y así reflejen su filosofía actual.

Por otro lado, tenemos que el plan de atención o de cuidados es la abstracción de la información relacionada con un paciente o varios y está organizada de forma sistemática y concisa. El mismo facilita lograr las metas del paciente, ya que expresa en forma clara la naturaleza de sus problemas y explica, en forma específica, la clase de intervenciones médicas y de enfermería que se utilizarán.

De acuerdo a Watson y Mayers un plan de cuidado es una guía escrita que sirve para la atención de enfermería del paciente, organizada de tal manera que cualquiera pueda visualizar rápidamente qué tipo de cuidado se requieren y por qué.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>  
Marlene Glover Mayers. Cuidados en Enfermería, Planeación, Control y Casos. (México: Editorial Limusa, S.A., 1983), p. 27.

"El plan de cuidado es una forma de comunicar por escrito a otro personal las necesidades de atención, los objetivos del cuidado y la actividad específica que se tomará para cuidar el paciente", según nos lo define Kozier Du Gas.<sup>1</sup>

Este plan de cuidado indica lo que las enfermeras van a realizar en beneficio del paciente y la forma como se le va a ayudar a él y su familia, para que logren alcanzar las metas por sí mismos. Al mismo tiempo, sirve para conducir al grupo para que obtengan los resultados esperados, con los cuidados de enfermería.

De esta manera, el plan de cuidado nos orienta para: "indicar los objetivos de la intervención asistencial, proporcionar una guía para tener al paciente como objetivo de la asistencia, proporcionar una guía para la supervisión y proporcionar una base para valorar la asistencia de enfermería", según nos menciona Thora Kron.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>  
Kozier Du Gas. Tratado de Enfermería  
Pediátrica. 2a. ed. (México: Editorial Interamericana, S.A., 1974), p. 62.

<sup>2</sup>  
Thora Kron. Manual de Enfermería. 4a. Ed. (México: Editorial Interamericana, S.A., 1977), p. 110.



En diversas bibliografías se incluyen diferentes marcos teóricos, exposiciones filosóficas que incorporan diversas definiciones de salud-enfermedad.

Es así, como diversas teorías reflejan modelos de desarrollo o de sistemas modelos como marco para poder comprender la salud o enfermedad, de las cuales la conocida Jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de la vida que define Erickson. Por otro lado, entre las hipótesis de Rogers, básicas para su teoría sobre enfermería, expresa que la salud es un estado de equilibrio de tipo dinámico entre los requerimientos y las demandas de energía. Sin embargo, para Newman, la definición de salud de una persona, va acorde con las hipótesis, que ven la salud como un compuesto dinámico de equilibrio físico, psicológico, sociocultural y de desarrollo. Sin embargo, para la Hermana Calixta Roy, la salud es positiva con respuestas que no causan y van hacia estímulos que afectan las necesidades fisiológicas, la confianza en uno mismo, las funciones y la interdependencia.

Para el desarrollo de la presente investigación se escogió la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem, por ser clara y útil y, además porque se sitúa en el centro de los cuidados de enfermería, a los cuidados básicos que se le brinda al cliente o paciente. En dicha teoría, la autora se refiere básicamente a las necesidades del ser humano con relación al autocuidado, que no es más que las acciones que le van a permitir al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos.

#### 4.1 Importancia de la Aplicación de la Teoría de Dorothea E. Orem, en la Atención del Recién Nacido de Madres Adolescentes

Al escoger la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem para aplicarla a la atención del recién nacido de madres adolescentes, tomamos en cuenta el hecho de que el binomio madre adolescente y su recién nacido están expuestos a varios factores de

riesgos en los períodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y período neonatal exponiéndolos a enfermar o morir.

La citada autora también sostiene que los niños, los enfermos y los ancianos forman grupos que a veces no se pueden asegurar su propio autocuidado, por consiguiente esto los encierra en un grupo de alto riesgo por morbimortalidad.

Dentro del equipo de salud, las enfermeras conforman un grupo de profesionales adiestradas que realizan y mantienen cuidados especiales a aquellas personas enfermas, minusválidos y otros, los cuales puedan realizar su propio autocuidado.

El presente trabajo versa sobre la condición de salud y enfermedad del recién nacido de madres adolescentes y los probables factores de riesgos que inciden en los mismos. Se utilizarán las diferentes técnicas de autocuidados universales, las cuales abarcan las necesidades básicas para la sobrevivencia del recién nacido como lo son: la higiene, el aire, agua, alimentación, reposo, actividad, seguridad, amor y otros, además de los autocuidados, con

relación a las desviaciones del estado de salud del recién nacido como puede ser: las diversas patologías o enfermedades presentadas por el recién nacido en el período neonatal que corresponden a los primeros 30 días de vida.

Por considerarse las madres menores de 18 años de edad como un grupo de probable alto riesgo, se hace necesario considerar y evaluar los métodos de asistencia que integren a la madre adolescente en la utilización de los autocuidados que requerirá el recién nacido, por ende, se necesitará incorporar a la madre adolescente en el período de educación y orientación, brindándole sostén físico y psicológico, para así promover un entorno favorable al desarrollo personal, el cual redundará en beneficio del recién nacido que es el centro principal a quien van dirigidas las acciones y atenciones del autocuidado.

Es por ello, que dentro de los tres sistemas de cuidados de enfermería sugeridos por Orem, utilizaremos el Sistema de Compensación Total, ya que el recién nacido de madres adolescentes no va a tener ningún papel activo en la realización de los auto-

cuidados, la enfermera ayudará tomando el lugar del paciente. Esta atención se da en la sala de partos y ciertas áreas de atención, según la condición y estado de salud del recién nacido en el hospital, como a nivel de cuidados intensivos.

Se utilizará el sistema educativo de apoyo, en aquellos casos de recién nacidos que estén en mejor condición de salud y que puedan ser atendidos por sus madres adolescentes con cierto apoyo, el cual se observará cuando están en el nivel de cuidados intermedio y mínimo, según la asistencia progresiva del recién nacido.

La atención de enfermería responderá a la necesidad de cuidados del recién nacido, ya que la preocupación principal en cuanto a la salud estará relacionada con problemas genéticos, de crecimiento y desarrollo (niños prematuros, con bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino y otros) que pongan en peligro el estado de salud general del recién nacido en el período neonatal hasta los 30 días de nacido.

Por ende, la preocupación principal de la aten-

ción al recién nacido de madres adolescentes, será el de restaurar, estabilizar y controlar el funcionamiento integrado de su organismo y su medio ambiente para así disminuir las probabilidades por morbilidad o mortalidad en el período neonatal.

Por medio de la presente investigación, proponemos un modelo del plan de atención al recién nacido de madres adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem. Utilizaremos el proceso de enfermería según la citada autora, la cual señala que éste es un proceso pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta, la cual se habrá alcanzado cuando:

1. La enfermera haya llevado a cabo los autocuidados terapéuticos que requieran los recién nacidos de madres adolescentes.

2. La acciones de enfermería que ayuden a la madre adolescente y su recién nacido a alcanzar una mayor autonomía.

3. La integración de otros miembros de la familia del recién nacido de madres adolescentes y

demás personas que colaboren, sin ser profesionales, hasta llegar a ser componentes en lo referente a los cuidados cotidianos del paciente.

Para la implantación de dicho proceso de enfermería, en la realización del Modelo del Plan de Atención al recién nacido de madres adolescentes, se establecieron previamente, las siguientes fases sugeridas por Dorothea E. Orem:

- Reunir datos sobre la madre adolescente y su recién nacido tomando en cuenta ciertos factores de riesgo en el período prenatal, parto y período neonatal hasta los 30 días de vida del recién nacido, lo que nos llevará al diagnóstico de enfermería.

- Establecer un sistema de asistencia de enfermería para el recién nacido de madres adolescentes, atendidos en la Maternidad del Hospital Santo Tomás y en los diferentes Centros de Salud de la Región Metropolitana, tomando en consideración a las madres adolescentes, las cuales constituyen en sí el Modelo del Plan de Atención al recién nacido de madres adolescentes.

Proponemos que, en futuras investigaciones, se ponga en práctica el Modelo del Plan de atención sugerido, para así poder conducir a buen término las acciones de salud tendientes a disminuir el riesgo por morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes en el período neonatal, lo cual finalmente llevará a la evaluación del reajuste del plan y las acciones sugeridas.

La aplicación de la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem, nos llevará a situar como centro de los cuidados de enfermería a los cuidados básicos, los cuales deben brindárseles a la población materno infantil en general y, en especial, al grupo de recién nacidos de madres adolescentes en particular, además utilizando el enfoque de riesgo el cual ayudará a disminuir o eliminar los posibles factores de riesgo en dicho grupo etario.

#### 4.2 Teoría de Enfermería del Autocuidado de Dorothea E. Orem

Explicación de la Teoría de Dorothea E. Orem.

La Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem se refiere básicamente a las necesidades del ser humano que están relacionadas con el "autocuidado" y es



definido como: "las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos."<sup>1</sup>

La autora sostiene que el autocuidado es indispensable ya que al desaparecer la enfermedad, se puede producir la muerte.

Considera Dorothea E. Orem que las enfermeras deben, a veces, realizar o mantener esos cuidados de manera permanente a personas completamente en minusvalía; en otros casos, ayudar a los pacientes a mantener los autocuidados cumpliendo algunas tareas o supervisando a otras personas que asisten al paciente o instruyendo, al mismo paciente, cuando avanza gradualmente hacia una realización total de autocuidado.

Entre los individuos que no pueden asegurar su autocuidado se encuentran los niños, los enfermos, los ancianos y aquéllos cuyo desarrollo mental o

---

1

Rosette A. Poletti. Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos Actuales. (España: Ediciones Rol, S.A., 1980) p. 147.

físico es incompleto, por consiguiente, los servicios de la enfermera son indispensables cuando el enfermo es incapaz de asegurarse la cantidad y calidad de autocuidados necesarios para el mantenimiento de la vida y la salud.

La enfermería se basa en métodos y técnicas que le son propias, ya que consta de procedimientos establecidos, por medio de los cuales se cumplen acciones específicas, según las metas dadas. En la práctica de dichas técnicas se utilizan conocimientos científicos que explican la elección de una técnica en particular, las condiciones que determinan el empleo de dichas técnicas y los resultados que puedan aportar.

Dentro de las diferentes especies de autocuidados Dorothea E. Orem menciona los siguientes:

"1. Los autocuidados universales: llamados también necesidades de base, son actividades de la vida cotidiana, higiene personal, física y mental y comprenden: el aire, el agua y la alimentación, la eliminación, la soledad y las interacciones sociales, la actividad y el reposo; los acontecimien-

tos que ponen en peligro la vida y el bienestar; la normalidad en relación con los demás, están de acuerdo con las normas en vigor relativas al crecimiento, el desarrollo, la salud física y mental y compartir las creencias y prácticas relativas a la salud y a la enfermedad.

2. Los autocuidados en relación con las desviaciones del estado de salud: ésta se refiere cuando una persona, a causa de enfermedad o un accidente, se vuelve dependiente, ya que pasa de la situación de agente de autocuidados a la de receptor<sup>1</sup> de esos autocuidados."

Los sistemas de cuidados de enfermería sugeridos por Dorothea E. Orem, son tres sistemas:

"1. Sistema de compensación total: Aquí el paciente no tiene ningún papel activo en la realización de los autocuidados y la enfermera ayuda en el lugar del paciente.

2. Sistema educativo de apoyo: En este

---

<sup>1</sup> Rosette A. Poletti. Op. Cit., p.p.  
149 - 150.

sistema el paciente es capaz de llevar a cabo o de aprender algunas medidas de autocuidados terapéuticos, pero debe ser ayudado para poder hacerlo.

3. Sistema de compensación parcial: En este sistema tanto el paciente como la enfermera participan en los cuidados de higiene o en otras técnicas de cuidados que sean necesarios.<sup>1</sup>

Así tenemos que, para la clasificación de las situaciones de cuidados de enfermería se considerarán los siguientes aspectos:

"- En cuanto a la presencia o ausencia de enfermedad, traumatismo, incapacidad o minusvalía.

- En cuanto a calidad de su estado de salud (excelente, bueno, regular o malo).

- En cuanto a los acontecimientos y circunstancias de la vida de esa persona."<sup>2</sup>

Para la autora, Dorothea E. Orem, los cuidados de enfermería son: "más que una combinación de

---

<sup>1</sup> Rosette A. Poletti. Op. Cit., p. 150.

<sup>2</sup> Ibid. p. 152.

todas las actividades descritas, ya que son un proceso pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta.<sup>1</sup>"

Nos menciona Orem que dicha meta se logra cuando:

- Los autocuidados terapéuticos del paciente se han llevado a cabo.

- Las acciones de enfermería ayudan al paciente a alcanzar una mayor autonomía (sobre todo a nivel de los autocuidados).

- Cuando los miembros de la familia del paciente y otras personas que ayuden sin ser profesionales, llegan a ser competentes en lo que concierne a los cuidados cotidianos del paciente.

Es así como el proceso de cuidados comprende tres fases los cuales son:

"1. Reunir datos y tomar decisiones con el fin de saber por qué una persona tiene necesidad de cuidados de enfermería (determinar los problemas).

---

1

Rosette A. Poletti. Op. Cit., p. 154.

Para reunir los datos necesarios se recurre al estado de salud del paciente, a la historia y órdenes médicas, a la expresión de la necesidad por parte del paciente y a la demanda de la familia. Esta etapa conduce al diagnóstico de Enfermería.

2. Establecer un sistema de asistencia de enfermería para el paciente o para su familia y planificar esta asistencia.

3. Poner en práctica, conducir a buen término y controlar las acciones planificadas, lo cual nos guiará finalmente a evaluar y reajustar el plan<sup>1</sup> y las acciones."

---

<sup>1</sup> Rosette A. Poletti. Op. Cit., p. 154.

C A P I T U L O    I I I

M E T O D O L O G I A

## 1. DISEÑO

Los objetivos de la investigación apuntan hacia la obtención de información suficiente que permita identificar algunos factores de riesgo para los niños nacidos de madres adolescentes ocurridos en el Hospital Santo Tomás.

Estos factores, una vez demostrados estadísticamente, deben permitir la proposición de algunas medidas de intervención con la finalidad de contrarrestar sus efectos o minimizarlos mediante una atención de salud adecuada y oportuna.

El control de la salud del niño se inicia desde la concepción y los factores que pueden y que de hecho inciden en ella, comienzan desde ese momento, por consiguiente, el presente estudio considera como elemento de la investigación todas aquellas circunstancias sociales y ambientales que afectan la vida intrauterina, las que ocurren durante el parto y finalmente aquéllas que son consecuencias del enfrentamiento del niño con el entorno biosocial en sus primeros días de vida. Es por ello que se plantea, para un mayor análisis, recolectar información proveniente de las siguientes áreas:



- Datos sobre las condiciones de la vivienda y la disponibilidad de algunos servicios básicos.
- Datos sobre la condición social de la madre, sus antecedentes familiares y las condiciones en que se desarrolló el embarazo y el parto.
- Datos sobre el niño y sus condiciones al momento de nacer y lo acontecido con su salud, en sus primeros treinta días de vida.

## 2. TECNICA

El estudio está dirigido a obtener información de hechos ocurridos en el pasado y ante la imposibilidad de investigar el universo de madres adolescentes que fueron atendidas en el Hospital Santo Tomás durante el año 1988, se decidió realizar la investigación siguiendo los lineamientos que a continuación presentamos:

- Obtener una muestra representativa de las madres adolescentes que dieron a luz durante el último trimestre de 1988 (octubre-diciembre).
- Recolectar la información necesaria de las

madres, de los registros consignados en las historias clínicas del Hospital Santo Tomás.

- Obtener la información de los niños recién nacidos de los registros de las madres en el Hospital Santo Tomás y de las historias clínicas del recién nacido en los Centros de Salud en los cuales son atendidos.

Para facilitar la recolección de la información necesaria, según lo considerado anteriormente, se diseñó un "protocolo de investigación"; es decir, un formulario orientado hacia el procesamiento electrónico de datos.

En resumen, el propósito de la investigación es el de descubrir la situación del niño recién nacido de madres adolescentes menores de 18 años de edad, explicar su situación de salud y de enfermedad en relación a las variables sociales, biológicas y de atención y medir cuáles de ellas ejercen mayor influencia.

### 3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

Se definió como fuente primaria de los datos la

historia clínica de la madre, que contiene la información requerida sobre los antecedentes obstétricos y familiares y la historia clínica del niño en los Centros de Salud en donde ha recibido atención médica y se diseñó un formulario, para anotar en él, la información contenida en las historias y que eran de interés para la investigación.

El formulario para la recolección de los datos está dividido en tres secciones:

La Sección A, que incluye datos de la vivienda con tres (3) preguntas abiertas y dos (2) cerradas. Estas preguntas están dirigidas a obtener información del lugar de residencia y de algunas condiciones y facilidades de la vivienda.

La Sección B, con datos de la madre y que incluye diecinueve (19), preguntas de las cuales once (11) son abiertas y ocho (8) cerradas. Se investiga en esta sección algunos aspectos socio-culturales de la madres, antecedentes familiares para algunas enfermedades, la historia obstétrica, de morbilidad y la atención obstétrica de las madres.

La Sección C, con la información del recién nacido con dieciséis (16) preguntas: ocho (8) abiertas y ocho (8) cerradas. En estas preguntas se investigan las condiciones del niño al momento del nacimiento, a los quince (15) días de vida y a los treinta (30) días, recavando información sobre atención y morbilidad. Ver Apéndice No. 2.

El formulario de recolección de los datos se diseñó tomando en consideración la posibilidad de realizar su procesamiento empleando las técnicas disponibles de computación.

#### 4. PROCEDIMIENTO

Para obtener la información, fue necesario adquirir la lista de todas las madres adolescentes que tuvieron un niño nacido vivo entre octubre y diciembre de 1988 del registro de partos de la Maternidad, con los datos de un número de historias clínicas. El propósito, era disponer de la referencia adecuada, para luego solicitar los expedientes de cada madre seleccionada a los archivos clínicos del Hospital y transcribir los datos requeridos para el estudio.

Entre los datos de la madre, se incluyó la información que reposaba en los Centros de Salud utilizados en la atención de su embarazo y lograr así la localización de los expedientes de los niños a fin de completar la encuesta, los datos de la madre se verificaron con los registrados en la historia clínica del niño junto a la historia de la madre.

Los datos de la madre y del niño, anotados en el formulario de la encuesta, fueron revisados para detectar cualquier error de transcripción, a fin de que los mismos pudieran ser corregidos antes de ser procesados.

Los procedimientos para detectar los errores de diseño del cuestionario se realizarán, principalmente, sobre la base de las tabulaciones de las respuestas dadas a cada pregunta para verificar su consistencia y los niveles de respuestas y la comparabilidad entre respuestas y preguntas diferentes. Los listados de las preguntas y los cruces de las variables, se realizarán atendiendo los resultados del análisis previo. Se empleará para esta tarea el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the

Social Science), escrito para su uso en computadora y que provee una serie de herramientas y procedimientos estadísticos para el análisis de los datos.

## 5. UNIVERSO

En el Hospital Santo Tomás, se registraron durante los meses de octubre a diciembre de 1988, un total de 4,103 partos de los cuales el 9.7% (400) fueron de madres adolescentes, es decir, de mujeres menores de 18 años y éstos 400 partos se constituyeron en la población a investigar.

Por razones prácticas, se consideró la conveniencia de examinar la totalidad de la población definida para el estudio dada la circunstancia de que ella, en sí, representaba aproximadamente una muestra de 25% de los partos de madres adolescentes que ocurrieron durante el año 1988. Privó entonces, el criterio de circunscribir la investigación al período de tres meses (octubre a diciembre) y considerar los hechos acaecidos en ese período como un universo. Esta decisión viabilizó la posibilidad de estudiar a un grupo de madres más pequeño, siempre y

cuando su tamaño y método de selección fueran realizados empleando técnicas científicas.

Es importante señalar que se investigaron dos poblaciones, empleando igualmente, dos fuentes:

- La población de madres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Santo Tomás en el período de octubre a diciembre de 1988, cuya fuente de datos fue la historia clínica.
- La población de los niños recién nacidos de las madres adolescentes del período mencionado, cuyos, datos se encuentran en las historias clínicas del Hospital Santo Tomás y en los Centros de Salud. El seguimiento de los niños comprendió el período neonatal que termina a los 30 días de edad.

Definidas las poblaciones, se procedió entonces, a levantar un listado de las 400 madres adolescentes empleando para ello el registro de parto de la maternidad del Hospital Santo Tomás, incluyendo el nombre de la madre, su número de historia clínica y otras variables que permitían identificar plenamente cada caso en particular y enumerándolas conse-

cutivamente, mes a mes hasta el registro del último caso de diciembre de 1988. Este listado básico se constituyó en el "marco muestral" para la selección de la muestra.

## 6. LA MUESTRA

La estimación de la proporción de elementos de una población que tiene una determinada característica o que ha experimentado hecho se constituye en una clase importante en estadística para la cual resultan prácticas las fórmulas para la determinación del tamaño de la muestra.<sup>1</sup>

En nuestro caso particular, nos interesa conocer, a través de una muestra, en qué proporción se enfermaron los niños de madres adolescentes nacidos entre octubre a diciembre de 1988 en el Hospital Santo Tomás con la intención de examinar qué factores, además de la edad de la madre, contribuyen a este fenómeno.

Para los fines de este trabajo hemos propuesto como hipótesis que el 15% de los niños recién naci-

---

<sup>1</sup> US Bureau of Census. Conferencia sobre Muestreo. Monografías. Estados Unidos, 1971, pág. 19.



dos de madres adolescentes sufren algún problema de morbilidad en el período neonatal. <sup>1</sup>

Si se espera realizar el trabajo bajo la presunción de un error de 0.05 y un margen de seguridad del 95%, ambos tomados en términos absolutos, se aplicaría, entonces, la fórmula:

$$n_p = \frac{k^2NPQ}{k^2PQ + NE^2}$$

Donde:

- $n_p$  = Tamaño de muestra para la proporción dada.
- $N$  = Población de donde se extraerá la muestra.(400)
- $k$  = Grado de confianza (2 para el 95%).
- $E$  = Límite de error deseado (0.05).
- $P$  = Proporción del grupo hipotético (0.15).
- $Q$  = Proporción de los que no pertenece al grupo hipotético ( $1-P = .85$ ).

Aplicando la fórmula a los datos, tenemos:

$$n_p = \frac{4 (400) (.15) (.85)}{4 (.15) (.85) + 400 (.0025)}$$

$$n_p = \frac{204}{1.51} = 135$$

---

<sup>1</sup>US Bureau of Census. Op. Cit., pág. 19.

Según el resultado de la aplicación de la fórmula tenemos que 135 madres adolescentes y sus hijos deberán seleccionarse para participar en el estudio, representando un tercio de la población

Definido el tamaño de la muestra y preparado el marco muestral (la lista enumerada de la población), se empleó una tabla de números aleatorios contenidos como una función de la calculadora Casio FX-82B para seleccionar los casos que, individualmente, participarían en la investigación. Cada número entre 1 a 400, señalado por la calculadora, se marcaba en el listado hasta lograr la selección de los 135 casos de la muestra.

La distribución mensual de los casos de la población y de la muestra revelan la consistencia del procedimiento utilizado.

La cifras son las siguientes:

Mes de Ocurrencia	Total de Parto en H.S.T.	Por cien taje	Parto de Adolescentes	Por cien taje	Muestra de Madres Adolescentes	Por cien taje
TOTAL	4103	100	400	100	135	100
Octubre	1399	34.1	132	33.0	37	27.4
Noviembre	1368	33.3	137	34.3	54	40.0
Diciembre	1336	32.6	131	32.7	44	32.6

Al finalizar el proceso de selección de la muestra en el listado quedarán marcadas las 135 madres con su respectivo número de historia clínica, facilitando de esta manera su búsqueda en los archivos clínicos del Hospital Santo Tomás.

#### 7. EL ANALISIS DE LOS DATOS

La planificación del análisis de los datos se realizará contando con la posibilidad del proceso electrónico. En una primera etapa se generará un listado de frecuencias para cada variable que le permitirá al investigador medir la cobertura, la consistencia y la calidad de los datos recolectados. De acuerdo a la magnitud de los errores y/u omisiones se tomarán las decisiones sobre las variables con la que se podrá continuar los análisis.

Se pretende realizar un análisis descriptivo relacionando los datos de las diferentes secciones en tabulaciones cruzadas, tratando de establecer asociaciones empleando las técnicas de ChiCuadrado, correlaciones entre variables continuas, etc. Este primer análisis nos permitirá realizar otros análi-

sis con las variables que demuestren mayor impacto en la morbilidad de los niños y que podrían eventualmente señalarlas como factores importantes de riesgo.

C A P I T U L O   I V  
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

## I. INTRODUCCION

Para cumplir con los objetivos de este estudio, entre los cuales se señalan la determinación de los posibles factores de riesgo asociados a la morbimortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes (13-17 años), atendidas en la maternidad del Hospital Santo Tomás y ocurridos durante los meses de octubre a diciembre de 1988, se realizó la presente investigación.

La población de niños que nacieron en esta institución durante el año mencionado fue de 14,662 correspondiéndole al último trimestre del año (octubre a diciembre) el registro de 4,103 nacimientos, de los cuales 400 o sea el 9.7%, fueron de madres adolescentes. Estas cifras se constituyeron en la población sobre la cual se calculó esta muestra de 135 madres y niños, los cuales fueron investigados con la finalidad de obtener la información que permitiera conocer las circunstancias que rodearon el nacimiento de estos niños y sus condiciones de salud durante el período neonatal.

Estos objetivos están dirigidos a encontrar

los factores, además de la edad de la madre, que podrán señalarse como riesgo para la salud del niño, expresada en término de la presencia de algún proceso mórbido. Es, por esta razón, que se puso como hipótesis para el diseño de la muestra, que por lo menos el 15% de los niños nacidos de madres adolescentes presentarán algún problema de morbilidad durante el período neonatal.

Este indicador tiene su base en los problemas de morbilidad que se han observado en los niños durante los treinta primeros días de vida y atendidos en el Hospital del Niño. Según estas cifras la morbilidad registrada para este grupo de niños fue del orden del 10.1%, al verse afectados por problemas de morbilidad 1,481 niños durante 1988 y se observa que este fenómeno se incrementó entre los años 1987 a 1988.

CUADRO No. 1

NACIMIENTOS Y MORBILIDAD REGISTRADA EN  
GRUPOS DE RECIEN NACIDOS EN EL  
HOSPITAL DEL NIÑO. 1987 - 1988

NACIMIENTOS Y MORBILIDAD	A Ñ O S	
	1987	1988
Nacimientos	14,418	14,662
Morbilidad	1,394	1,481
Porcentaje	9.7	10.1

FUENTE: Estadísticas, Hospital del Niño 1987-88

Las cifras señaladas están referidas a la totalidad de la población de niños, entre los cuales se incluyen los nacidos de madres adolescentes y es por ello que se estableció en 15%, 5% adicional sobre el porcentaje observado, como una probabilidad de encontrar niños enfermos entre el grupo objeto de la investigación.

La recolección de los datos de la encuesta se cumplió en un 100%, al obtenerse la información para las madres en el Hospital Santo Tomás y la de los niños en los respectivos Centros de Salud y sólo en tres preguntas de un total de 40 no se registraron niveles de respuestas adecuadas. Estas preguntas



serían las siguientes:

	<u>No.</u>	<u>%</u>
1. Condición de Salud a los 15 días	49	36.3
2. Condición de Salud a los 30 días	43	31.9
3. Alimentación del niño	41	30.4

En las preguntas restantes los niveles de no respuestas no sobrepasan el 5%, salvo aquéllas sobre los antecedentes familiares y sobre la segunda y tercera causa de morbilidad, para las cuales podría considerarse la no respuestas como la ausencia de procesos mórbidos para esas preguntas al estar la primera con niveles adecuados. Quisiéramos señalar, finalmente, que del examen de las no respuestas para las preguntas indicadas con anterioridad, ellas parecen proceder de una misma población de niños para los cuales no se encontró la información en las respectivas historias clínicas.

La proporción principal del estudio concerniente a la morbilidad se comprueba en tres preguntas contenidas en la investigación: la pregunta sobre la morbilidad al nacer, la morbilidad observada a los 15 días de vida del niño y la morbilidad a los

30 días. Es conocido que los problemas de la morbilidad tienen relación con los factores relacionados con el embarazo y las variables sociales, biológicas y de atención que lo condicionan. En el presente estudio, la situación de las respuestas respecto a la morbilidad en estos tres momentos, está contenida en el Cuadro No. 2 y en él puede comprobarse que la hipótesis del estudio de encontrar proporciones; de por lo menos el 15% de morbilidad en los recién nacidos de madres adolescentes, se cumple en las dos mediciones realizadas durante el período neonatal: 23% a los 15 días y el 31.8% a los 30 días.

CUADRO No. 2

PORCENTAJE DE MORBILIDAD EN RECIEN NACIDOS  
DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SANTO TOMAS  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

INDICADOR	PORCENTAJE
Morbilidad al Nacer	40.7
Morbilidad a los 15 días	23.0
Morbilidad a los 30 días	31.8

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

II. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES SOCIALES, BIOLÓGICAS Y DE ATENCIÓN QUE AFECTAN A LA MADRE ADOLESCENTES Y SU RECIÉN NACIDO

El Hospital Santo Tomás es una institución abierta que recibe a todo tipo de población que requiera atención de salud y en donde los servicios prácticamente son gratuitos. Esta condición pareciera introducir algún grado de sesgo a la información recolectada tomando en consideración que un grupo de aproximadamente el 20% de mujeres que dan a luz en el Distrito de Panamá y San Miguelito, se atienden en otros establecimientos de salud privados o públicos, situación que parece calificar a la población estudiada como de limitados recursos económicos al no ser usuarios de las facilidades de la seguridad social o no contar con recursos para costearse la atención privada.

En esta sección del análisis se pretende examinar algunas variables de índoles sociales, biológicas y de atención relacionadas con la madre y el niño con la finalidad de detectar, en una primera aproximación, algunos factores que podrían marcar situaciones potencialmente riesgosas para el niño;

para someterlos más adelante a otros análisis estadísticos más precisos.

### 2.1 Lugar de residencia de la Madre y el Niño

Para los efectos de este trabajo, hemos identificado dos áreas geográficas dentro de la ciudad de Panamá: una área urbana, en las cuales se incluyen los corregimientos del Casco Viejo, terminando en los corregimientos de Parque Lefevre y Río Abajo y un área periurbana que identifica a los Corregimientos de alto crecimiento demográfico que comprende desde Juan Díaz a Tocumen y desde San Miguelito a Chilibre.

CUADRO No. 3

RESIDENCIA DE LAS MADRES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

AREA	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
Urbana	32	23.7
Periurbana	103	76.3

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes Atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Las cifras del Cuadro No. 3, reflejan la situación de atención que se comenta en el sentido de que el 76.3% (103) de las madres adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Santo Tomás, proceden del área periurbana de la ciudad y de este total, el 34.1 proceden de San Miguelito.

En el 23.7% que corresponde a la llamada área urbana, no aparecen casos de mujeres cuyas residencias estén entre los corregimientos de mayor nivel social y económico: Bella Vista y San Francisco entre otros.

CUADRO No. 4

RESIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR CORREGIMIENTO  
SEGUN ATENCION RECIBIDA EN EL HOSPITAL  
SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CORREGIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
San Felipe	1	0.7
Santa Ana	1	0.7
El Chorrillo	5	3.7
Calidonia	3	2.2
Curundú	10	7.4
Panamá Viejo	3	2.2
Pueblo Nuevo	4	3.0
Río Abajo	3	2.2
Parque Lefevre	2	1.5
Juan Díaz	8	5.9
Pedregal	17	12.9
Tocumen	13	9.6
San Miguelito	46	34.0
Alcalde Díaz	9	6.6
Chilibre	10	7.4

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

En el Cuadro No. 4, se puede ver que los Corregimientos que más casos de madres adolescentes presentaron fueron: San Miguelito con un 34.0%, Pedregal con un 12.9%, Tocumen con un 9.6% y Chilibre-Curundú con 7.4% cada uno. En estos Corregimientos se tienen problemas socioeconómicos de toda índole, no sólo por la situación política actual, sino también, por constituirse en su mayoría en poblaciones de escasos recursos.

CUADRO No. 5

TOTAL DE HABITANTES POR VIVIENDA DE LAS  
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SANTO TOMAS ENTRE OCTUBRE-DICIEMBRE 1988

TOTAL DE HABITANTES POR VIVIENDA	NUMERO DE VIVIENDAS	TOTAL DE PERSONAS	PORCEN- TAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>769</u>	<u>100.0</u>
2	17	34	12.6
3	8	24	5.9
4	18	72	13.3
5	21	105	15.5
6	17	102	12.6
7	26	182	19.3
8	17	136	12.6
9	2	18	1.5
10	5	50	3.7
11	2	22	1.5
12	2	24	1.5

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre de 1988.

## 2.2 Condición de la Vivienda

La encuesta no pretendió realizar una investigación detallada de las condiciones de la vivienda y sólo realizó cuatro preguntas: dos destinadas a medir el grado de hacinamiento en que viven las familias y las restantes dirigidas a verificar la disponibilidad de los aspectos importantes del saneamiento básico: el acceso al agua potable y a servicios sanitarios dentro de la vivienda.

Según los datos de la encuesta, fueron 769 personas las que convivían con la madre y el niño en las 135 unidades de viviendas, lo cual nos permite calcular un promedio de 5.7 personas por vivienda, con rangos que van entre hogares con dos (2) personas (12.6%) hasta en los que viven 12 (1.5%). Como no se investigó la composición de las familias no se puede emitir juicios sobre la naturaleza de las relaciones familiares, pero presumiblemente y por lo que sabemos del área, es que en mayor proporción predominan las familias extendidas, es decir, en la que viven otros parientes, además de los padres y los hijos.



CUADRO No. 6

VIVIENDAS Y CUARTOS PARA DORMIR EN  
LOS HOGARES DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS ENTRE  
OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1988

NUMEROS DE CUARTOS	VIVIENDAS		TOTAL DE CUARTOS
	NUMERO	PORCENTAJE	
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>	<u>287</u>
1	42	31.1	42
2	49	36.1	98
3	31	23.0	93
4	11	8.1	44
5	2	1.5	10

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

La configuración de las viviendas indican que predominan aquéllas que tienen dos o más cuartos (68.9%), con rango de 1 cuarto (31.1%) hasta 5 para el 1.5% y totalizando 287 divisiones, la media de cuartos por vivienda es de 2.1 y los dos tercios (66.6%) de las viviendas tienen entre dos a tres cuartos, con un promedio de 2.7 personas por cuarto.

CUADRO No. 7

HOGARES CON AGUA POTABLE Y SERVICIO SANITARIO  
DENTRO DE LA VIVIENDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS EN  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

SERVICIO	TOTAL	SI		NO	
		No.	%	No.	%
Agua Potable	135	94	69.6	41	30.4
Servicio Sanitario	135	48	35.6	87	64.4

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

La disponibilidad de algunos servicios básicos en este caso, agua potable y de servicios sanitarios nos permite obtener algunas ideas de las condiciones de higiene en que viven las familias y los niños recién nacidos cuya salud es el objeto principal del estudio. Según los datos recolectados el 69.6% de los hogares disponían de agua potable y el 35.6% con servicios sanitarios, dentro de la vivienda observándose en ambos casos cifras deficitarias importantes: el 30.4% que no cuenta con agua potable y el 64.4% sin servicio sanitario adecuado, constituyéndose en fuentes potenciales de contaminación.

CUADRO No. 8

MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS SEGUN EDAD  
EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS EN  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

EDAD	NUMERO DE MADRES ADOLES- CENTES	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
13 AÑOS	1	0.7
14 AÑOS	9	6.7
15 AÑOS	15	11.1
16 AÑOS	42	31.1
17 AÑOS	68	50.4

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

2.3 Situación Social de la Madre

El grupo de madres seleccionadas para esta investigación son todas menores de 18 años y por esta razón se considera la edad para el embarazo y el parto, como un factor de riesgo. En la distribución por edad detallada se observa la concentración de los casos entre los 16 y 17 años (81.5), las de 15 años obtuvo un 11.1%. Presentándose 10 casos entre las menores de 15 años (7.4%).

CUADRO No. 9

MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS SEGUN  
ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
EN OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

ESTADO CIVIL	NUMERO DE MADRES ADOLESCENTES	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
UNIDAS	69	51.1
SOLTERAS	57	42.2
CASADAS	9	6.7

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Al evaluar el estado civil de las madres adolescentes estudiadas, se observó que en su gran mayoría un 51.1% se declararon con uniones estables; un 42.2% se declararon solteras lo cual agrava su situación social, económica y de salud, pues tanto la madre adolescente como su hijo dependerán de su medio familiar para poder subsistir. Solo un 6.7% se declararon casadas, lo cual representa una minoría.

CUADRO No. 10

MADRES ADOLESCENTES SEGUN AÑOS DE ESTUDIO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
EN OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

AÑOS DE ESTUDIO	M A D R E S		TOTAL DE AÑOS
	NUMERO	PORCENTAJE	
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>	<u>1041</u>
0	2	1.5	0
1 - 3	2	1.5	5
4 - 6	29	21.5	167
7 - 9	81	60.0	651
10 - 12	21	15.5	218

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Se pudo observar que el 24.5% de estas adolescentes habían cursado por lo menos un grado de escuela primaria; el 60% menos de cuatro años de escuela secundaria y un 15.5% se embarazó cuando estaba en el cuarto o más años de la secundaria.

En realidad no se presentó factor de riesgo por analfabetismo en el grupo estudiado sin embargo, consideramos que los conocimientos adquiridos a nivel de preparación primaria no son suficientes para una madre adolescente.

CUADRO No. 11

PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN ANTECEDENTES FAMILIARES  
DE MADRES ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTO TOMAS  
OCTUBRE - DICIEMBRE 1988

PATOLOGIAS	FAMILIARES CON PATOLOGIAS	PORCENTAJE
TOTAL	135	100.0
DIABETES	5	3.7
TUBERCULOSIS	2	1.5
H.T.C	23	17.0
OTROS	9	6.7
NINGUNO	96	71.1

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre de 1988.

2.4 Antecedentes familiares, obstétricos y  
de salud de las madres adolescentes

Dentro de la historia clínica prenatal del emba-  
razo, se piden los antecedentes familiares de la  
paciente para así determinar posibles factores de  
riesgo en la población.

Los datos recolectados de las historias clínicas de las adolescentes informan que el 71.1% de las mismas no tenían antecedentes familiares de riesgo que afectaran su embarazo. Sin embargo, se pudo observar que un 17% tenían antecedentes de hipertensión arterial en familiares cercanos (padres, tíos, abuelos, hermanos); un 3.7% declararon tener familiares con antecedentes de diabetes y un 1.5% tenían familiares que padecieron tuberculosis.

Si nosotros agregamos estas patologías antes mencionadas, a otros factores de riesgo de las madres adolescentes, nos indican la mayor o menor posibilidad de presentar la madre adolescentes complicaciones de salud para ella y su recién nacido.

Se agrupó dentro de la categoría de otros a 9 casos que presentaron otros diagnósticos de menor riesgo para el embarazo, razón por la cual no fueron mencionados.

CUADRO No. 12

CONTROLES PRENATALES BRINDADOS A LAS MADRES  
 ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
 OCTUBRE - DICIEMBRE DE 1988

CONTROLES PRENATALES	MADRES		TOTAL CONTROLES
	NUMERO	PORCENTAJE	
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>	<u>535</u>
0 - 3	56	41.5	56
4 - 6	45	33.3	219
7 - 9	34	25.2	260

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

La atención prenatal proporciona una serie de puntos de referencia para el descubrimiento de riesgo. Las pérdidas maternas, fetales o neonatales imprevistas son menos frecuentes si se ha proporcionado atención sostenida durante todo el embarazo.

Los controles prenatales recibidos por este grupo de madres suman un total de 535 para un promedio de 5.1 por mujer, en donde 56 de ellas, el 41.5% recibió menos de cuatro controles durante su embara-



zo, con un promedio de uno por mujer.

Dentro del grupo de cuatro (4) controles y más, que representan el 58.5%, el promedio de controles por mujer fue de 6.1%.

Para estas jóvenes, que por su edad debieron ser atendidas con mayor intensidad, (9 - 10 controles) el hecho que el 41.5% (56) haya recibido menos de cuatro (4) controles, y el 55% de este grupo (31) ninguno, condicionó la presencia de altos niveles de morbilidad durante el embarazo.

Durante el período prenatal es obligatoria la identificación de aquéllas pacientes con riesgo con el fin de atenderlas con tiempo y prevenir así la morbilidad y la mortalidad.

CUADRO No. 13

CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS POR MADRES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

NUMERO DE CONTROLES	NUMERO DE MADRES	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
0	31	23.0
1	4	3.0
2	11	8.1
3	10	7.4
4	15	11.1
5	21	15.5
6	9	6.7
7	9	14.1
8	8	5.9
9	7	5.2

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre de 1988.

El control prenatal temprano y regular de las adolescentes embarazada, es una absoluta necesidad para asegurar la salud y bienestar, tanto de la madre como del hijo; lo cual vamos a conseguir si ésta asiste a sus controles según los factores de riesgo que se le diagnostiquen.

El porcentaje de madres adolescentes sin control prenatal en el estudio fue alto, ya que el 23% del mismo no tuvo ningún control prenatal.

Solamente el 5.2% de las encuestadas, se realizaron nueve (9) controles prenatales que va mas acorde con los factores de riesgo según la edad y otros.

CUADRO No. 14

MORBILIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
Hipertensión	6	4.4
Eclampsias	2	1.5
Hemorragias	4	3.0
Anemias	36	26.7
Amenaza de Parto	1	0.7
Otras	24	17.8
Sin morbilidad	62	45.9

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Según los datos de la encuesta el 54% de las jóvenes presentaron en algún momento problemas de morbilidad, destacándose las anemias con el 26.7% como la causa principal de los problemas de salud del grupo bajo estudio. Sin embargo, sólo el 5.1% de las madres requirieron hospitalizaciones durante el embarazo.

CUADRO No. 15

RESUMEN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN  
LA SALUD DE LA MADRE ADOLESCENTE Y SU HIJO

INDICADORES	VALORES
1. Madres del área periurbana	76.3%
2. Personas por vivienda	5.7
3. Cuartos por vivienda	2.1
4. Personas por cuarto	2.7
5. Viviendas sin agua potable	30.4%
6. Viviendas sin servicio sanitario.	64.4%
7. Porcentaje de Madres Menores de 15 años	7.4%
8. Madres Solteras	42.4%
9. Escolaridad Promedio	7.7 años
10. Escolaridad donde ocurre la mayor incidencia de embarazos: 1-3 secundaria	60.0%
11. Porcentaje de Aborto	4.6%
12. Prom. de controles Prenatales	5.1%
13. % de Controles entre 0 - 3	45.5%
14. % de Controles de 4 y más	58.5%
15. Morbilidad Materna	54.1%
16. % de Morbilidad por anemia	26.7%
17. % de Partos por cesárea	7.4%
18. % de Partos menos de 37 semanas	9.6%

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

III. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS Y DE ATENCION RELACIONADAS CON EL NACIMIENTO Y LOS PRIMEROS DIAS DE VIDA DEL NIÑO

En esta sección, se comentan las variables relacionadas exclusivamente con el recién nacido, con el propósito de identificar aquellas que podrán, directa o indirectamente, constituirse en factores contribuyentes de los problemas de la morbilidad del niño durante su período neonatal. Se incluyen aquí los resultados de las distribuciones del sexo, el peso y la talla, apgar, la edad gestacional, el control a los 15 y 30 días y la alimentación. La morbilidad se comentará como eje del análisis principal para la determinación de los factores de riesgo en la cuarta sección.

CUADRO No. 16

MADRES ADOLESCENTES SEGUN SEXO DEL  
DE RECIEN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
HOMBRES	68	50.4
MUJERES	67	49.6

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre de 1988.

3.1 Sexo del Recién Nacido

Los datos sobre el sexo es consistente con las distribuciones poblacionales conocidas y comprobadas. En la encuesta el 50.4% de los recién nacidos fueron varones y el 49.6% mujeres con un índice de masculinidad de 1.01. Las relaciones más importantes con respecto al sexo se analizarán al comentar el peso, la talla y la morbilidad en los tres momentos señalados anteriormente.

CUADRO No. 17

PESO AL NACER SEGUN NUMERO DE RECIEN NACIDOS  
HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE 1988

PESO AL NACER	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
Menos 2000	1	0.7
2000 - 2499	17	12.6
2500 - 2999	38	28.1
3000 - 3499	51	37.8
3500 - 3999	22	16.3
4000 y Más	6	4.5

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

### 3.2 Peso al nacer

El peso al nacer es una variable que mide los problemas del niño durante su vida intrauterina y la condición de bajo peso al nacer predispone al niño a sufrir otro tipo de procesos mórbidos. Las cifras reflejan que el 13.3% de los niños nacieron con bajo peso y el 28.1% entre 2,500 y 3,000 gramos, grupo



considerado como peso deficiente. Estos datos sumados nos muestran que el 41.4% de todos los recién nacidos, no alcanzaron pesos adecuados, la diferencia, el 58.5 de los niños registraron pesos superiores a los 3,000 gramos y se consideran normales o en niveles de sobrepeso.

Recordemos que los nacidos con bajo peso presentan en la actualidad uno de los problemas más importantes de la salud, ya que es asociado con la cantidad de las defunciones que ocurren en el período neonatal y con la gran mayoría de los trastornos del desarrollo neuropsíquico.

CUADRO No. 18

EDAD DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN PESO AL NACER  
DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL  
EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE 1988

EDAD DE LA MADRE	Menos de 2500 gm.	2500-2999 gm.	3000-3750 gm.	3751-3999 gm.	Más de 4000 gm.	Total	%
TOTAL	18	38	65	8	6	135	100.0
13	--	1	--	-	-	1	0.7
14	1	5	1	1	1	9	6.7
15	2	4	7	1	1	15	11.1
16	7	11	20	3	1	42	31.1
17	8	17	37	3	3	68	50.4

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás Octubre a Diciembre 1988.

En el Cuadro No. 18, se hace una comparación de la cantidad de niños con bajo peso, según la edad de la madre adolescente. Cabe mencionar, que sólo hubo una madre adolescente de 13 años quien tuvo su hijo con peso inadecuado; de las 9 madres de 14 años, una tuvo niño bajo peso y 5 tuvieron niños con peso inadecuado, las restantes 3 tuvieron peso normal.

Sabemos que los riesgos materno fetal y neonatal son más altos cuando la embarazada es muy joven, ya que, la concepción en mujeres menores de 16 años se asocia con una tasa aumentada de muerte perinatal. El mayor riesgo de bajo peso al nacer puede ser el aspecto médico de mayor importancia en el embarazo de la adolescente.

En el grupo de adolescentes de 15 años y más se observó que de las restantes 125, 49 tuvieron problemas de bajo peso y peso inadecuado.

CUADRO No. 19

ESTADO CIVIL DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN PESO AL  
NACER DE LOS RECIEN NACIDO ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL SANTO TOMAS EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

ESTADO CIVIL	T O T A L E S		Menos de 2500 gms.	2500 gms. 2999 gms.	3000 gms. 3750 gms.	3751 gms. 3999 gms.	Más de 4000 gms.
	NUMERO	%					
TOTAL	135	100.0	18	38	65	8	6
Unida	69	51.1	10	18	35	4	2
Soltera	57	42.2	8	19	24	4	2
Casada	9	6.7	-	1	6	-	2

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás Octubre a Diciembre 1988.

Del grupo de madres adolescentes estudiadas, se observó 51.5% se declararon unidas, de las cuales de 69, 41 tuvieron niños de peso normal de 3000 gms. o más de 4000 gms; 18 de ellas tuvieron niños con peso deficiente y 10 tuvieron niños bajo peso, lo cual es un riesgo de morbimortalidad.

Del grupo de 57 madres adolescentes solteras que representan el 42.2%, 30 tuvieron niños de peso normal, 19 fueron niños de pesos deficientes y 8 fueron niños bajo peso y si a esto agregamos el hecho de que además del riesgo por bajo peso también tienen otro factor de riesgo que es el estado civil. Recordemos que el hecho de ser madre adolescente conlleva a que tenga menos oportunidades desde el punto de vista social, psicológico y económico, pues en la mayoría de los casos representará un problema familiar.

Sólo hubo 9 madres adolescentes con uniones estables, de ellas 8 tuvieron un peso adecuado y 1 presentó peso deficiente.

CUADRO No. 20

APGAR AL MINUTO SEGUN PESO AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS  
DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

APGAR AL MINUTO	NUMERO	%	Menos de 2500 gms.	2500 gms. 2999 gms.	3000 gms. 3750 gms.	3751 gms. 3999 gms.	Más de 4000 gms.
NUMERO	135	100.0	18	38	65	8	6
PORCENTAJE	—	100.0	13.3	28.1	48.1	5.9	4.4
0 - 3	5	3.7	2	--	3	-	-
4 - 6	12	8.9	1	4	6	-	1
7 y Más	118	87.4	15	34	56	8	5

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás Octubre a Diciembre 1988.

Con relación al apgar al minuto de nacido, un 3.7% tuvo apgar malo de 0 - 3, un 8.9% presentó apgar regular de 4 - 6 y un 87.4% tuvo apgar mayor de 7 que es un apgar normal o bueno.

Sin embargo, se puede observar que un 41.4% tuvieron pesos entre bajo peso y peso deficiente lo cual marca un doble riesgo de morbimortalidad en el período neonatal.

Si tomamos en cuenta el hecho de que el 12.6% pudieron presentar problemas de hipoxias entre severa y moderada, son niños de alto riesgo para atención programada en clínicas de Rehabilitación del IPHE. Esto conlleva a que se tenga que utilizar material y recurso humano especializado lo que aumenta el costo como recurso económico.

Las anomalías en la conducta que presentan los recién nacidos sometidos a asfixia en el período neonatal inmediato se relaciona con secuelas a largo plazo, los cuales tienden a tener tasas de mortalidad elevadas.

CUADRO No. 21

TALLA AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
SANTO TOMAS EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE  
DE 1988

TALLA AL NACER (en cms.)	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>134</u>	<u>100.0</u>
Pequeña	22	16.4
Nórmal	94	70.2
Grande	18	13.4

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre 1988.

### 3.3 La Talla al Nacer

La talla al nacer es la otra medida antropométrica de importancia para establecer criterios al medir el crecimiento y desarrollo del niño y es empleada, junto a la edad y el peso, para determinar la incidencia o prevalencia de la desnutrición, su evolución y su historia.

En la distribución de la talla de los 135 niños sólo hubo un caso donde no se logró determinar esta



medida, El resto de los niños se clasificaron según las escalas establecidas para definir el tamaño del recién nacido. Las mismas definen al niño como de talla pequeña si su tamaño resultaba inferior a los 48 centímetros; normal, si estaba entre los 48 a 52 centímetros y grande si su talla era superior a los 52 centímetros. En el Cuadro No. 21 se muestran las cifras relativas al tamaño al nacer de los niños del estudio: el 16.4% registró talla pequeña (PEG) (menos de 48 centímetros), el 70.2% registraron tallas normales (AEG) y el 13.4% se consideraron grandes. (GEG).

CUADRO No. 22

APGAR AL MINUTO Y CINCO MINUTOS DE LOS RECIEN  
NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS EN LOS MESES DE  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

A P G A R	1 MINUTO		5 MINUTOS	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>	<u>135</u>	<u>100.0</u>
MALO	5	3.7	1	0.7
REGULAR	12	8.9	3	2.2
BUENO	118	87.4	131	97.0

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre 1988.

3.4 El Apgar al primero y quinto minuto

El apgar es un indicador de resumen que valoriza un grupo de cinco estímulos del recién nacido en una escala de 0 al 2. Dependiendo de sus magnitudes los valores totales tendrán un mínimo de cero (0) a un máximo de diez (10), medidos en dos momentos: al minuto y a los cinco minutos de ocurrido el nacimiento.

Los valores del apgar, según lo establecen las normas del programa materno-infantil, se clasifican como malo si ellos se encuentran en 0 y 3, regulares entre 4 y 6 y buenos entre 7 y 10. El Cuadro No. 22 presenta los valores del apgar para el primer minuto: 12.6 para categorías entre malo (3.7%) y regular (8.9%) y a los cinco minutos de 2.9% entre malo y regular con una mejoría de 9.6% entre el primer y quinto minuto.

CUADRO No. 23

EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO DE MADRES  
ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

EDAD GESTACIONAL (Semanas)	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
30	1	0.7
33	1	0.7
34	1	0.7
35	2	1.5
36	2	1.5
37	4	3.0
38	14	10.4
39	12	8.9
40	91	67.4
41	3	2.2
42	1	0.7
43	2	1.5
NO DECLARADO	1	0.7

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre 1988.

### 3.5 Edad Gestacional del Recién Nacido

La edad gestacional calculada después del nacimiento del niño, medida en semanas, es clasificada de igual manera que la estimada por el examen físico. En este caso 11 niños, el 8.1% registraron edades inferiores a las 38 semanas pretermino, el 86.7% (117) nacieron con edades gestacionales entre 38 a 40 semanas considerados a término y la diferencia, 5.1% (6) nacieron con más de cuarenta semanas; posttérmino.

Recordemos que los niños que nacen prematuramente constituyen la mayor proporción de los recién nacidos que se encuentran con riesgo. La mayoría de los problemas presentados en el niño prematuro se debe a la dificultad para adaptarse a la vida extrauterina y a la inmadurez de sus órganos y sistemas.

La incidencia de ciertos riesgos neonatales variará con el peso al nacimiento, la edad gestacional y otros, los cuales determinarán la supervivencia de estos niños.

CUADRO No. 24

CONDICION AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CONDICION AL NACER	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
BUENA	108	80.0
REGULAR	19	14.1
MALA	8	5.9

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre 1988.

3.6 Condiciones al Nacer y los Controles de Salud

Las condiciones de los niños al nacer fueron consideradas buenas en el 80% de los casos, presentándose regular en un 14.1% y mala en un 5.9% se registraron dos (2) defunciones entre el grupo de los 135 niños para una tasa de mortalidad neonatal de 14.8% por cada 1,000 nacimientos, indicador que resiste las pruebas de consistencia al compararse con las cifras nacionales.

CUADRO No. 25

CONDICION DE SALUD A LOS 15 DIAS DE VIDA DEL  
 RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS  
 EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
 OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CONDICION DE SALUD A LOS 15 DIAS DE VIDA	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
SANO	57	42.2
ENFERMO	29	21.5
NO DECLARADO	49	36.3

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre 1988.

De los 135 recién nacidos, se pudo observar que a los 15 días de vida un 42.2% tuvieron controles de salud como niños sanos, un 21.5% presentó algún tipo de morbilidad y el 36.3% restante no aparece con ningún tipo de control de salud. Esto nos indica que aparecen como inasistentes a su primer control de salud, lo cual es factor de riesgo para ellos.

La atención para el control de crecimiento, alimentación y desarrollo debe iniciarse lo más

pronto posible, antes de que el recién nacido cumpla los 15 días de vida y mantenerse en las diferentes edades utilizando la metodología con enfoque de riesgo en la atención infantil.

Aún cuando las clínicas materno-infantil han mejorado sus servicios y se han establecido clínicas periféricas, muchas madres, principalmente aquellas en los segmentos de escasos recursos, no buscan la atención que está disponible.



CUADRO No. 26

CONDICION DE SALUD A LOS 30 DIAS DE VIDA DE LOS  
RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CONDICION DE SALUD A LOS 30 DIAS DE VIDA	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
SANO	48	35.5
ENFERMO	44	32.6
NO DECLARADO	43	31.9

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre 1988.

A los treinta (30) días de nacidos, de los 135 recién nacidos se determinó que un 35.5% estaban sanos, un 32.6% estaban enfermos y un 31.9% no se presentaron al control de salud que les correspondía.

Esto nos indica que hay un alto porcentaje de inasistencia a los controles de salud en el periodo neonatal, lo cual podría llevar a un aumento en el número de niños con problemas en el periodo post-

neonatal.

Es preocupante que sólo un 35.5% de la población de recién nacidos de madres adolescentes estudiados estaban sanos a los 30 días de vida, lo que, nos da una idea de la atención deficiente que se les brinda a estos niños en sus hogares, ya que se va creando la irresponsabilidad hacia la buena salud que merecen y necesitan. Además, debemos tomar en cuenta que en su mayoría ellos presentaron riesgos en el período preconcepcional, embarazo, parto y periodo neonatal, lo que podría llevarlos a la muerte en su primer año de vida.

CUADRO No. 27

CONTROL DE SALUD A LOS 15 DIAS DE VIDA DE LOS  
RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CONTROL DE SALUD A LOS 15 DIAS VIDA	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
SI	87	64.4
NO	45	33.3
NO DECLARADO	3	2.2

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre 1988.

En los Centros de Salud se encontraron registros de controles de salud a los 15 días de nacidos para el 64.4% de los niños y el restante, 35.5% no recibió atención a esa edad. Esto nos indica que un tercio de la población estudiada no le dieron la importancia que se merecía al recién nacido como grupo de alto riesgo.

CUADRO No. 28

CONTROL DE SALUD A LOS 30 DIAS DE VIDA DE LOS  
 RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
 HOSPITAL SANTO TOMAS DE  
 OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CONTROL DE SALUD A LOS 30 DIAS VIDA	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
SI	92	68.1
NO	40	29.6
NO DECLARADO	3	2.2

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre 1988.

Para el control de salud a los 30 días de nacidos, se puede observar que un 68.1% de los niños asistieron a dicho control, sin embargo, el 31.8% restante no asistió a los controles de salud. Esto representa un factor de riesgo probable, por la no utilización de los servicios de salud que requieren los recién nacidos en el período neonatal.

CUADRO No. 29

TIPO DE ALIMENTACION PROPORCIONADA AL RECIEN NACIDO  
DE MADRES ADOLESCENTES. HOSPITAL SANTO TOMAS DE  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

TIPO DE ALIMENTACION	NUMERO DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
LACTANCIA MATERNA	56	41.5
MIXTA	38	28.1
NO DECLARADO	41	30.4

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre 1988.

En cuanto al tipo de alimentación proporcionada al recién nacido de madres adolescentes, se registró que un 41.5% daban lactancia materna exclusivamente, un 28.1% le ofrecían alimentación mixta a sus hijos y un 30.4% no declararon el tipo de alimentación proporcionada al niño en los primeros 30 días de vida.

CUADRO No. 30

RESUMEN DE LOS FACTORES DE RIESGOS QUE AFECTAN  
LA SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS  
EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

INDICADOR	VALOR %
1. Niños con peso deficiente (menos de 3,000 gramos)	41.4
2. Niños con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos)	13.3
3. Niños con talla pequeña	16.4
4. Apgar al minuto menor de 7	12.6
5. Apgar a los 5 minutos menor de 7	2.9
6. Edad gestacional menor 37 semanas	8.2
7. Condición al nacer, regular y mala.	20.0
8. Tasa de defunciones por 1,000 nacimientos	14.8
9. Inasistencia a los controles de 15 días	35.5
10. Inasistencia a los controles de los 30 días	31.8

Fuente: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas  
en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Di-  
ciembre 1988.

IV. DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE  
INCIDEN EN LA MORBILIDAD DEL RECIEN NACIDO  
DE MADRES ADOLESCENTES

En las secciones anteriores se ha realizado un análisis descriptivo de las variables que fueron incluidas en el estudio y sobre la base de la experiencia acumulada y la literatura disponible sobre el tema, se ha demostrado algún grado de influencia en la presencia de procesos mórbidos en los niños recién nacidos de madres adolescentes. Al final de cada sección se presentan cuadros en promedios y proporciones y se comentan en función de sus magnitudes.

Más adelante, en el análisis de los datos, se relacionan y se miden estos valores con la variable principal del estudio: la morbilidad. La morbilidad ha sido medida en tres momentos: la morbilidad registrada al momento del nacimiento, a los 15 días y a los 30 días de edad de los niños, considerándose que todo el grupo estuvo expuesto a riesgo de enfermar durante este período.

La técnica del riesgo relativo se define como "las relaciones numéricas que miden la potencia de

la asociación entre dos variables"<sup>1</sup>. En este caso se establecerán las tasas de incidencia de los individuos expuestos y los no expuestos y la razón que se obtiene de las dos tasas define el valor del riesgo. La interpretación de este valor final es el siguiente: si las tasas son iguales o próximas en los dos grupos, entonces el riesgo será de 1.0. El exceso en el riesgo relativo se medirá en función de la diferencia entre el resultado de la división de las dos tasas y 1.0. Este valor indica al investigador que tan importante es el factor como la causa del problema y mientras mayor sea esta diferencia más importante es el factor.

Para algunos análisis se utilizará la técnica del Chi cuadrado, que se emplea para medir el grado de asociación entre dos variables o para contrastar la hipótesis sobre la independencia o no entre dos características. Se define como un modelo matemático para el cálculo del grado de confiabilidad entre frecuencias observadas y frecuencias esperadas. Se emplea en variables nominales y su aplicación prin-

---

1

Organización Panamericana de Salud.  
"Técnicas para el cálculo de Riesgo relativo." Mono-  
grafías. (Costa Rica: 1983), p.p. 103-104.



principal, en este caso, es la de determinar la presencia o ausencia de relación entre una variable considerada el factor de riesgo y el hecho (la morbilidad).

La prueba de Chi cuadrado es útil para decidir cuando las variables son independientes o están relacionadas, pero no miden la intensidad de la relación debido a que el tamaño de la muestra ejerce una influencia muy fuerte sobre los valores de la prueba.

Para este estudio los datos se presentarán en cuadros en donde se anotan los factores de riesgos, los valores observados y las probabilidades anotadas en la Tabla X<sup>2</sup> para un grado de libertad y al 95% y los valores del riesgo relativo.

#### 4.1 Morbilidad al Nacer

El estudio reveló que la mayor incidencia de la morbilidad en los recién nacidos se da al momento de nacer: del 40.7% de los niños (55) presentaron problemas de este tipo, constituyéndose las dificultades respiratorias (11.1%), síndrome aspirativo (6.7%) y las infecciones (3.0%) como las tres prin-

cipales causas. No aparece en este cuadro las cifras referentes a los niños con bajo peso al nacer, 18 en este caso y que representan el 13.3%.

Se acepta que la morbilidad al nacer está determinada, por factores de índole genético en algunos casos, por problemas atribuibles al período de vida intrauterina, las que surgen a causa de la alimentación, la atención de salud, la morbilidad de la madre y finalmente, las dificultades durante el parto que afectan la salud del niño. La encuesta investiga algunos aspectos sobre las condiciones sociales, antecedentes familiares y obstétricos de la madre y su atención durante el embarazo y las relaciones con las condiciones del niño para comprobar su importancia como factores de riesgo potenciales en la morbilidad del recién nacido.

CUADRO No. 31

MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SANTO TOMAS EN LOS MESES DE  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>
Con Morbilidad	<u>55</u>	<u>40.7</u>
Membrana Hialina	1	0.7
Infecciones	4	3.0
S. Aspirativo	9	6.7
Hiperbilirrubinemia	3	2.2
Síndrome de Dificultad Respiratoria	15	11.1
Otras Causas	23	17.0
Sin Morbilidad	<u>80</u>	<u>59.3</u>

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes Atendidas  
en el Hospital Santo Tomás Octubre a Di-  
ciembre de 1988.

En el Cuadro No. 31, además de presentar la distribución absoluta y relativa de las principales causas de la morbilidad al nacer, presenta las cifras de niños que nacieron sin problemas (80) y que representa el 59.3% del grupo estudiado. De esta manera se establece la dicotomía para la variable (el hecho) que el estudio pretende comparar con los posibles factores de riesgo, al dividir los 135 niños en un grupo de 55 con morbilidad y en otro de 80 sin morbilidad.

Las variables identificadas como posibles factores de riesgo son igualmente dicotomizadas, de acuerdo a la presencia o no de la característica. Por ejemplo, se pretende establecer el riesgo que significa para la presencia del proceso morbido al nacer de que el parto se haya producido por cesárea. Se establece entonces la dicotomía con cesárea y sin cesárea y se compara con la variable morbilidad (con y sin) (Ver Cuadro No.32). Se calculan las tasas de incidencia para los niños que nacieron de parto por cesárea (expuestos) y presentaron morbilidad:  $6/10 = 0.60$  y la tasa de los no expuestos al factor de riesgo que presentaron morbilidad:  $49/125 = 0.39$ .

El riesgo relativo sería entonces la razón entre estas dos tasas, así:

$$RR = \frac{\text{Tasa de incidencia de los expuestos al factor}}{\text{Tasa de incidencia de los no expuestos al factor}}$$

$$RR = \frac{0.60}{0.39} = 1.54$$

Para el mismo cuadro se calcula el Chí cuadrado tratando de establecer la asociación entre las dos variables según el siguiente procedimiento:

- a. Se calculan las frecuencias teóricas relacionando las razones entre el gran total con los totales parciales de la morbilidad y luego multiplicándolo con los totales del tipo de parto. Ej. para la celda con cesárea y con morbilidad:  $55/125 = 0.407 \times 10 = \underline{4}$  y así para cada celda.
- b. Se establecen las diferencias entre las frecuencias observadas y las teóricas de cada celda, el resultado se eleva al cuadrado y se divide entre lo teórico.
- c. La suma de los cocientes para cada celda es el Chí cuadrado observado:

$$\begin{aligned} X &= \frac{(6-4)}{4} + \frac{(49-51)}{51} + \frac{(4-6)}{6} + \frac{(76-74)}{74} \\ &= 1 + 0.078 + 0.667 + 0.054 \\ &= 1.799 \end{aligned}$$

d. Se establecen los grados de libertad para determinar los valores en la tabla de probabilidades de Chi-cuadrado así:

(C-1) (t-1) = Grados de libertad.

(2-1) (2-1) = 1

En donde:

(C) = Significa el número de columna en el Cuadro.

(t) = Número de filas.

Obtenido este resultado se establece que para un grado de libertad y para un nivel de significación del 5%, el valor teórico del Chi cuadrado es de 3.84.

La comparación del Chi cuadrado observado  $X = 1.80$  con el teórico  $x = 3.84$  nos indica que los niveles del riesgo: partos con cesárea o sin ella, que apenas representa el 46.9% del valor teórico no son indicativos de que exista una fuerte dependencia de la presencia de la morbilidad con relación al factor estudiado.

CUADRO No. 32

MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES SEGUN TIPO DE PARTO, ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS EN LOS MESES DE  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

TIPO DE PARTO	TOTAL	MORBILIDAD	
		CON	SIN
TOTAL	<u>135</u>	<u>55</u>	<u>80</u>
Con Cesárea	10	6	4
Sin Cesárea	125	49	76

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en  
el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciem-  
bre de 1988.

CUADRO No. 33

RESUMEN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

FACTOR CONTRIBUYENTE	CHI - CUADRADO		
	$\chi^2_{obs.}$	$\chi^2_{.95}$	Riesgo Relativo
1. Residentes área Periurbana	.00	3.84	1.01
2. Cinco o más personas por vivienda	0.12	3.84	1.08
3. Dos o menos cuartos por vivienda	0.03	3.84	0.96
4. Más de dos personas por cuarto	0.87	3.84	1.67
5. Vivienda sin agua potable dentro de la casa	.00	3.84	0.97
6. Viviendas sin servicio sanitario dentro de la casa	1.59	3.84	1.30
7. Madres menores de 15 años	4.80	3.84	1.53
8. Madres solteras	0.51	3.84	1.16
9. Menos de 7 años de escuela.	0.68	3.84	0.77
10. Mujeres con más de un embarazo	.00	3.84	1.02
11. Antecedentes de abortos	0.45	3.84	0.69
12. Menos de 4 controles prenatales	0.12	3.84	1.10



FACTOR CONTRIBUYENTE	CHI - CUADRADO		
	X <sup>2</sup> obs.	X <sup>2</sup> .95	Riesgo Relativo
13. Con morbilidad materna	2.24	3.84	1.37
14. Morbilidad materna con anemias	0.45	3.84	1.62
15. Partos con cesáreas	1.80	3.84	1.54
16. Partos con menos de 37 semanas de gestación	11.47	3.84	2.34
17. Apgar al Minuto menor 7	28.29	3.84	3.10
18. Apgar al 5to. minuto menor 7	1.38	3.84	0.48

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Con estos antecedentes, podemos explicar lo contenido en el Cuadro No. 33 en el que se observa los valores del Chí Cuadro y del riesgo relativo de forma que se establezca el grado de sensibilidad de un procedimiento netamente estadístico (Chí cuadrado) con el epidemiológico: el riesgo relativo. Se incluyen seis (6) variables relacionadas con factores geográficos y habitacionales, de los cuales cuatro (4) tienen valores superiores a uno (1) en el estimado del riesgo relativo. De los seis apenas uno, las viviendas con servicio sanitario o sin él, obtuvo un Chí cuadrado de 1.59, el 41.4% del teórico. El hacinamiento, más de dos personas por cuarto, presenta el más alto nivel de riesgo con 1.67%. El total del riesgo se obtiene mediante la multiplicación de los valores particulares de cada variable, cuando cada una contribuye a un hecho específico, en este caso a la morbilidad. Así tenemos que el riesgo total para los factores geográficos y habitacionales sería:

$$RRT = 1.01 \times 1.08 \times .96 \times 1.67 \times .97 \times 1.30 = 2.21$$

que representa el peso del conjunto de variables en la incidencia de la morbilidad del recién nacido.

Los niños de madres menores de 15 años con un Chí Cuadrado de 4.80, superior en un 25% al valor de la tabla y un riesgo relativo de 1.53, los partos con menos de 37 semanas de gestación con un Chí cuadrado de 11.47 y un riesgo de 2.34, se presentan como los factores que más contribuyen a la morbilidad al nacer.

El apgar al primer minuto menor de 7, se presenta con valores para el Chí cuadrado, siete veces superiores (28.29) a su probabilidad según la tabla (3.84) y un riesgo relativo de 3.10. Para ambas pruebas se demuestra la presencia de la morbilidad cuando el puntaje del apgar es menor de 7. Estos niveles se reducen a los cinco (5) minutos, cuando los niños recuperan los signos contemplados para el puntaje del apgar y cesan significativamente los signos de morbilidad.

Consideramos que para los fines de este estudio se identifican como factores reales de riesgos aquellos cuyos valores se presentan superiores a 1 y mientras más altas sean estas cifras para el indicador de riesgo relativo, mayor es su influencia en la presencia de la morbilidad al nacer. De las varia -

bles mencionadas, siete (7) tienen valores entre 1.00 a 1.49, tres (3) se ubican entre 1.50 a 1.99 y dos (2) superan a 2.00.

CUADRO No. 34

EDAD DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN PRESENCIA O NO  
DE MORBILIDAD EN EL RECIEN NACIDO  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

EDAD	T O T A L		MORBILIDAD			
	NUMERO	%	CON		SIN	
TOTALES	<u>135</u>	<u>100.0</u>	<u>55</u>	<u>40.8</u>	<u>80</u>	<u>59.2</u>
Menores de 15 años	10	7.4	6	4.4	4	3.0
15 años y más	125	92.6	49	36.4	76	56.2

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en  
el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciem-  
bre de 1988.

La edad de la madre es un factor importante de riesgo entre el grupo de variables analizadas: el riesgo relativo para las madres menores de 15 años fue de 1.53 con respecto a la de mayor edad, es decir un 53% mayor que la unidad y un Chi Cuadrado de 4.80, muy superior al valor de la tabla al 95%. Estos datos indican que el riesgo es mayor entre las madres de menor edad, en este caso el grupo de madres entre 13 y 14 años. En el Cuadro No. 34 se describen las frecuencias absolutas y relativas de la morbilidad según la edad de la madre.

Del total de madres adolescentes estudiadas un 7.4% (10) eran menores de 15 años de edad, de ellas seis (6) que representan el 60% de los recién nacidos presentaron algún tipo de morbilidad al nacer, el otro 40% (4) no presentó morbilidad al nacer.

Por otro lado, de las madres adolescentes mayores de 15 años se pudo observar que el 36.3% que representan (49 casos) presentó algún tipo de morbilidad al nacer y el 56.3% (76 casos) no presentaron morbilidad al nacer.

Si tomamos en cuenta que sólo la particularidad

de ser madres adolescentes menores de 15 años de edad, es un factor de alto riesgo para el binomio madre-hijo, de hecho estos niños presentarán algún tipo de morbilidad al nacer que los llevará a ser una población propensa a enfermar o morir en el primer mes de vida, si no se les brinda la atención con base al riesgo que ellos merecen.

CUADRO No. 35

MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE  
DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN EDAD DE LAS MADRES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS DURANTE LOS  
MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

TIPO DE MORBILIDAD	TOTAL	%	EDAD MADRES ADOLESCENTES				
			13 ANOS	14 ANOS	15 ANOS	16 ANOS	17 ANOS
TOTAL	58	100	1	5	4	24	24
Membrana Hialina	1	1.7	-	-	-	1	--
Síndrome Aspirativo	4	6.9	-	1	-	1	2
Bajo Peso	9	15.5	-	-	-	3	6
Bilirrubinemia	3	5.2	-	-	-	3	-
Dificultad Respiratoria	15	25.9	-	2	1	7	5
Otros	26	44.8	1	2	3	9	11

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.



Los datos del Cuadro No. 35 detallan la morbilidad según las diferentes causas y edades específicas de las madres, observándose que en la mitad de los casos, de las madres de mayor riesgo (13 y 14 años), estos niños presentaron algún problema de carácter respiratorio y la otra mitad se agrupó en otras causas de morbilidad.

Este fenómeno no registra las mismas magnitudes para el grupo mayor de 15 años. En este grupo las enfermedades respiratorias afectaron al 31% de los niños, al 44% se le registraron otras causas de morbilidad no especificadas y el 17% experimentó bajo peso al nacer, problema que no se diagnosticó para el grupo de 13 a 14 años.

Es importante señalar el alto porcentaje que registraron las otras causas de morbilidad. (45% en general) que no se detallan debido a la baja frecuencia o a diagnósticos confusos o mal definidos.

CUADRO No. 36

MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES  
 ADOLESCENTES SEGUN APGAR AL PRIMER MINUTO DE VIDA  
 HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD	T O T A L		APGAR DE 0 - 3	APGAR DE 4 - 6	APGAR DE 7 Y MAS
	NUMERO	%			
TOTAL	<u>58</u>	<u>100</u>	<u>5</u> <u>8.5</u>	<u>12</u> <u>20.6</u>	<u>41</u> <u>70.7</u>
Membrana Hialina	1	1.7	1 1.7	- -	- -
Síndrome Aspirativo	4	6.9	2 3.4	- -	2 3.4
Bajo Peso	9	15.5	- -	5 8.6	4 6.9
Bilirrubini- nemía	3	5.2	- -	- -	3 5.2
Dificultad Respiratoria	15	25.9	1 1.7	6 10.3	8 13.8
Otros	26	44.8	1 1.7	1 1.7	24 41.4

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en  
 el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciem-  
 bre de 1988.

Cuando se relaciona la morbilidad por causa y los resultados del apgar al primer minuto, se observa en el Cuadro No. 36 que el 71% de los niños obtuvieron puntajes de 7 y más y el restante 29% registraon valores entre 0 y 6. Es importante que de los cinco casos con apgar ente 0 y 3, un poco más de la mitad (60%) se les diagnosticó problemas respiratorios a diferencia del 24% de casos en el grupo con apgar de 7 y más. De los nueve (9) casos de niños con bajo peso al nacer el 56% (5 casos) registraron apgar entre 4 y 6 al primer minuto de vida y la mitad de este grupo (6 casos) presentó dificultad respiratoria.

Según los datos del cuadro No. 33 es tan fuerte el peso del 29% de niños con apgar menor de 7 que hace que se constituya en un importante factor de riesgo de morbilidad para el niño. En este sentido el riesgo relativo es tres veces mayor entre estos niños que en aquéllos con apgar de 7 y más. La asociación entre los registros del apgar y la presencia de morbilidad es igualmente muy alta.

CUADRO No. 37

MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES  
 ADOLESCENTES SEGUN EDAD GESTACIONAL  
 HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD AL NACER	T O T A L		EDAD GESTACIONAL					
	NUMERO	%	MENOS 37 SEM.		37-40 SEM.		MAS 40 SEM.	
			No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>58</u>	<u>100</u>	<u>11</u>	<u>18.9</u>	<u>44</u>	<u>75.9</u>	<u>3</u>	<u>5.2</u>
Membrana Hialina	1	1.7	1	1.7	--	--	-	-
Síndrome Aspirativo	4	6.9	-	--	4	6.9	-	-
Bajo Peso	9	15.5	2	3.4	7	12.1	-	-
Bilirrubini- nemia	3	5.2	-	--	3	5.2	-	-
Dificultad Respiratoria	15	25.9	4	6.9	9	15.5	2	3.5
Otros	26	44.8	4	6.9	21	36.2	1	1.7

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital  
 Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Los niños que nacen de embarazos que no han llegado a su completa maduración están sometidos a riesgos mayores de enfermar que aquéllos que han cumplido cabalmente su período de vida intrauterina. Este riesgo se estableció en el Cuadro No. 33 en el cual se registra, para estos niños, un nivel de riesgo relativo para enfermar de un poco más del doble de lo normal (2.34) al establecerse una fuerte asociación entre los embarazos menores de 37 semanas y la presencia de enfermedad, al registrarse un Chi Cuadrado de 11.47 observado sobre un nivel de 3.84 que normalmente debía esperarse.

Los niños nacidos de madres de embarazos inferiores a las 37 semanas representaron el 18.9% del total de los niños que presentaron algún episodio mórbido, destacándose entre las principales causas que los afectaron: las dificultades respiratorias (6.9%), el bajo peso al nacer (3.4%) y la presentación de membrana hialinas (1.7%). Las otras causas que afectaron a estos niños fueron de 6.9% para el grupo.

Las tres cuartas partes de los niños con problemas se agrupan entre aquéllos provenientes de

embarazos con período de gestación entre las 37 a 40 semanas, afectándolos en un 22% los problemas respiratorios, un 12% el bajo peso y el 36% sufrieron de otras causas no especificadas.

CUADRO No. 38

EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO SEGUN CONDICION  
DE MORBILIDAD A LOS 30 DIAS DE VIDA  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

EDAD GESTACIONAL (En Semanas)	TOTALES		MORBILIDAD			
	No.	%	CON		SIN	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	135	100	43	31.8	92	68.2
MENOS DE 37 SEMANAS	13	9.6	6	4.4	7	5.2
37 SEMANAS Y MAS	122	90.4	37	27.4	85	63.0

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Los niños bajo estudio que presentaron alguna patología a los 30 días después del nacimiento, según los datos del Cuadro No. 38, representaron el 31.8% del total de niños nacidos en el período de ese grupo (43), sólo seis (6) niños tenían menos de 37 semanas de gestación (14%), o sea, que el 4.4% del total de los niños nacidos de madres adolescentes (135), en el período, enfermaron a los 30 días de vida.

La tasa de morbilidad resulta muy alta para el grupo de niños, hijos de madres adolescentes, confirmándose el riesgo que significa la edad de la madre en relación a la salud del infante en sus primeros días de vida. De igual manera, la edad gestacional es un importante factor de riesgo para la salud del recién nacido, al demostrarse diferencias importantes entre las tasas de incidencia de los niños con menos de 37 semanas de gestación y que enfermaron con respecto a los que no enfermaron y registraron edades gestacionales superiores a las 37 semanas.

Esta diferencia se obtiene de:

a. Tasa de incidencia de los expuesto:  $\frac{6}{13} = 0.46$

b. Tasa de incidencia de los no expuestos:

$$\frac{37}{122} = 0.30$$

c. Riesgo Relativo:  $RR = \frac{0.46}{0.30} = 1.53$

valor que es superior a la unidad considerada para la prueba como ausencia de riesgo.



CUADRO No. 39

MORBILIDAD DE LOS NIÑOS RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES SEGUN TIEMPO DE VIDA.  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A  
DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS	15 DIAS DE VIDA		30 DIAS DE VIDA	
	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>135</u>	<u>100.0</u>	<u>135</u>	<u>100.0</u>
Con Morbilidad	<u>31</u>	<u>23.0</u>	<u>43</u>	<u>31.9</u>
Diarrea	4	3.0	3	2.2
Resfriados	15	11.1	25	18.5
Rinitis	3	2.2	7	5.2
Hiperbilirrubina	4	3.0	2	1.5
Enf. de la piel	2	1.5	4	3.0
Otras	3	2.2	2	1.5
Sin Morbilidad	<u>104</u>	<u>77.0</u>	<u>92</u>	<u>68.1</u>

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

#### 4.2 Morbilidad Neonatal

El principal objetivo de la investigación se concentró en la medición de la morbilidad que presentaron los niños en los primeros 30 días de vida, para la cual se recabaron datos sobre dos períodos: a los 15 días, edad a la que debe asistir a su primer control de salud y a los 30 días, con la cual finaliza el período neonatal.

Es durante este período, considerado crítico en razón de que el niño inicia su proceso de adaptación al ambiente, generalmente hostil para él y que añade nuevos riesgos para su vida. A esta edad todavía prevalecen las causas de carácter genético o hereditarios que producen un gran número de muertes y que contribuyen a mantener altas las tasas de mortalidad neonatal.

Según los datos de la encuesta, el 23% de los niños presentaron problemas de morbilidad a los 15 días de nacidos y esta cifra se incrementó a los 30 días al 31.9%. La principal causa de estos aumentos, según se observa en el Cuadro No. 39, se atribuye a enfermedades respiratorias, principalmente

los resfriados y la rinitis y las enfermedades de la piel que doblaron su presencia en la población de niños; ellas serían las causas que afectaron con mayor frecuencia a los niños después de su primera atención a los 15 días de nacidos.

Sobre la base de las cifras con morbilidad o sin ella en este período (a los 30 días), se estableció la dicotomía del hecho investigado y se seleccionaron las variables consideradas más relevantes para medir su contribución como factores de riesgo en la presencia o no de la morbilidad.

CUADRO No. 40

RESUMEN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

FACTOR CONTRIBUYENTE	CHI - CUADRADO		
	X <sup>2</sup> obs.	X <sup>2</sup> .95	Riesgo Relativo
1. Residentes área Periurbana	0.63	3.84	1.31
2. Cinco o más personas por vivienda	4.58	3.84	2.44
3. Dos o más cuartos por vivienda	0.00	3.84	1.02
4. Más de dos personas por cuarto	0.18	3.84	1.29
5. Vivienda sin agua potable dentro de la casa	0.49	3.84	0.79
6. Viviendas sin servicio sanitario dentro de la casa	2.74	3.84	0.62
7. Madres menores de 15 años	0.67	3.84	1.50
8. Madres solteras	0.16	3.84	1.14
9. Menos 7 años escolaridad	1.71	3.84	1.27
10. Bajo peso al nacer menos 2,500 gm.	8.19	3.84	2.23
11. Niños con talla pequeña	1.24	3.84	1.50
12. Antecedentes familiares	1.82	3.84	1.50

FACTOR CONTRIBUYENTE	CHI - CUADRADO		
	X <sup>2</sup> obs.	X <sup>2</sup> .95	Riesgo Relativo
13. Número de Embarazos	1.84	3.84	1.77
14. Menos de cuatro (4) controles de salud (Prenatales)	4.49	3.84	1.94

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

En el Cuadro No. 40, se enlistan catorce (14) factores de riesgo que son sometidos a las mismas pruebas aplicadas a la morbilidad al nacer de los niños del estudio. El resultado indica una fuerte relación con la morbilidad en 12 de los 14 factores analizados, según el método de riesgo relativo y para tres de los factores. El Chi Cuadrado señala una fuerte relación de dependencia con la morbilidad y en ocho (8) de estos factores el indicador alcanza valores considerables.

Entre el grupo de factores más importantes se

destacan, el que mide el tamaño de la familia, diferenciando a los que tienen cinco o más miembros, de los que tienen menos, considerando como expuestos a los primeros. El resultado revela una fuerte dependencia en la presencia de la morbilidad en los niños. Y, en cierta medida, se establece algún grado de hacinamiento y esta situación se relaciona con los problemas respiratorios. Para este factor el Chi cuadrado observado (4.58) es superior al teórico (3.84) y el riesgo relativo (2.44) es suficientemente alto para identificarlo como un importante factor contribuyente a la morbilidad.

El bajo peso al nacer ejerce, igualmente, una influencia significativamente alta en la presencia de la morbilidad de los niños durante el período neonatal, con un Chi cuadrado observado (8.19) que representa más de dos veces el teórico (3.84); con un riesgo relativo de 2.23 que excede en más de 100% la tasa de incidencia de los no expuestos, es decir, los que registraron pesos superiores a los 2,500 gramos.

Los niños con menos de cuatro (4) controles prenatales están más expuestos a sufrir de algún

episodio mórbido. Este hecho se demuestra en los valores que adquiere la prueba de Chí Cuadrado (4.49) que es un 16.7 superior a los teóricos indicados en la tabla (3.84). El valor de riesgo relativo se ubica en 1.94, es decir, un 94% superior a la situación de igualdad de las tasas de incidencia de los expuestos y los no expuestos.

Entre los factores con valores superiores a 1.00 en el riesgo relativo, cinco se encuentran en el rango de 1.01 y 1.49, cinco entre 1.50 - 1.99 y dos (2) marcan valores superiores a 2.00. Estos son factores que deberán tomarse en cuenta con la finalidad de diseñar acciones y actividades dirigidas a reducir su magnitud.

CUADRO No. 41

PESO AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS Y SU CONDICION  
CON MORBILIDAD O SIN ELLA A LOS 15 DIAS DE VIDA  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

PESO AL NACER	TOTALES		MORBILIDAD			
	No.	%	CON		SIN	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>135</u>	<u>100</u>	<u>31</u>	<u>23.0</u>	<u>104</u>	<u>77.0</u>
MENOS DE 2500 gm.	18	13.3	8	5.9	10	7.4
2500 gm. Y MAS	117	86.7	23	17.1	94	69.6

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

Según las cifras contenidas en el Cuadro No. 41 el 23% de los niños (31) tuvieron problemas de salud a los 15 días de vida. Esta situación fue analizada en el Cuadro No. 39 en el que aparece un listado de los factores investigados para determinar su peso específico sobre la presencia o no de procesos morbidos en los niños.

El resultado general indica que siete de esos



factores contribuyeron o estuvieron presentes acompañando los problemas de morbilidad. Así tenemos que el grado de asociación del bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos) con la morbilidad fue dos veces superior a lo esperado, lo que definió al bajo peso como un factor que contribuyó significativamente a la presencia de otros síntomas mórbidos en los niños, al ser dos veces superior la tasa de incidencia de los expuestos ( $8/18 = 0.44$ ) sobre los no expuestos ( $23/117 = 0.20$ ), lo que define un riesgo relativo, expresado en la relación  $0.44/0.20 = 2,20$  más alto para estos niños.

Nótese que en el Cuadro No. 41 sólo el 13.3% de la totalidad de los 135 niños pesaron menos de 2,500 gramos, la mayoría de ellos, 117 o sea el 86.77% sobrepasaron los 2,500 gramos de peso al momento de nacer. La diferencia se hace más clara cuando se establece la relación de parte a total: uno de cada dos niños con pesos menores de 2,500 gramos enfermó ( $18/8 = 2.25$ ), en cambio uno de cada cinco niños con peso superior a los 2,500 gramos experimentó un proceso mórbido ( $117/23 = 5.09$ ).

CUADRO No. 42

MORBILIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS A LOS 15 DIAS  
DE VIDA SEGUN SU PESO AL NACER  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD A LOS 15 DIAS	T O T A L		MENOS DE 2,500 gm.		2,500 gm. 2,999 gm.		3,000 gm. 3,750 gm.		3,751 gm. 3,999 gm.	
	NUMERO	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>31</u>	<u>100</u>	<u>8</u>	<u>25.8</u>	<u>14</u>	<u>45.2</u>	<u>7</u>	<u>22.6</u>	<u>2</u>	<u>6.4</u>
Diarrea	4	12.9	1	3.2	2	6.5	1	3.2	-	--
Resfriados	15	48.4	5	16.2	7	22.6	3	9.7	-	--
Rinitis	3	9.7	-	--	1	3.2	2	6.5	-	--
Hiperbili- rrubina	4	12.9	1	3.2	3	9.7	-	--	-	--
Enf. de la Piel	2	6.4	-	--	-	--	1	3.2	1	3.2
Otros	3	9.7	1	3.2	1	3.2	-	--	1.	3.2

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomas.  
Octubre a Diciembre de 1988.

El cuadro No. 42 analiza las causas que originaron los problemas de salud que afectaron a 31 niños a los 15 días de nacidos.

Se refleja allí que el 25.8% de esos niños registraron pesos menores de 2,500 gramos (8 niños), de ellos cinco (62.5%) tuvieron resfriados, siendo esta causa la más frecuente (48.4%) en todos los niños enfermos, sin importar el peso. Las diarreas (12.9%) y las hiperbilirrubinemia (12.9%) le siguen en orden de importancia, la rinitis (9.7%) y las enfermedades de la piel (9.7%).

Los niños que más se enfermaron fueron los que pesaron entre 2,500 a 2,999 gramos (45.2%) que es un rango de peso considerado inadecuado para un recién nacido y en total el 71% de los niños enfermos presentaron pesos por debajo de los 3000 gramos.

Este grupo de recién nacidos con peso entre 2,500 y 3,000 gramos no ha recibido el interés que merecen, ya que son considerados bajo peso usando la denominación actual (menos 2,500 gramos), pero de acuerdo a las diversas clasificaciones en base al peso y la edad gestacional que se utilizan están

alrededor del percentil 10 y entre 39 y 40 semanas por debajo de él.

Constituyen de esta forma, un grupo intermedio entre los auténticos bajo peso y los de peso adecuado, de ahí el nombre de recién nacido de peso límite.

En otros estudios se ha notado que la morbilidad neonatal es significativamente mayor en este grupo (entre el 2 y 6 %) que en el grupo de más de 3,000 gramos.

CUADRO No. 43

PESO AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS Y SU CONDICION  
CON MORBILIDAD O SIN ELLA A LOS 30 DIAS DE VIDA  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

PESO AL NACER	TOTALES		MORBILIDAD			
	No.	%	CON		SIN	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>135</u>	<u>100</u>	<u>43</u>	<u>31.9</u>	<u>92</u>	<u>68.1</u>
MENOS DE 2500 gm.	18	13.3	11	8.1	7	5.1
2500 gm. Y MAS	117	86.7	32	23.8	85	63.0

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomas. Octubre a Diciembre de 1988.

La situación experimentada a los 30 días del nacimiento no difiere de la observada a los 15 días de vida. Se mantiene la asociación entre el bajo peso y la morbilidad diagnosticada a esa edad (30 días) con una fuerte indicación del peso como causal determinante de la morbilidad, ya que la tasa de incidencia de los expuestos ( $11/118 = 0.61$ ) es dos veces mayor que la de los no expuestos ( $32/117=0.27$ ).

Esta relación se da al establecer el cociente de ambos indicadores ( $0.61/0.27 = 2.26$ ).

Se observa en el Cuadro No. 43, que el 31.9% de los niños (43) tuvieron problemas de salud y de éstos el 13.3% registraron bajo peso al nacer. Sin embargo, la relación con el total demuestra cuan importante es el bajo peso como factor condicionante para la morbilidad: uno de cada 1.6 niños con bajo peso al nacer enfermó a los 30 días, a diferencia de uno por cada 3.6 niños con peso superiores a 2,500 gramos.

Si se comparan los datos de este Cuadro con los observados en en No. 40, ya comentado, se nota el desmejoramiento de la situación de salud para ambos grupos: aumentó el porcentaje de niños enfermos con peso menor de 2,500 gramos de 5.9% a los 15 días a 8.1% a los 30 días y de 17.1% a 23.8% en el mismo período para el grupo de 2,500 gramos y más.

CUADRO No. 44

MORBILIDAD DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
A LOS 30 DIAS DE VIDA SEGUN SUS PESOS AL NACER  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD A LOS 30 DIAS	T O T A L		MENOS DE 2,500 gm.		2,500 gm. 2,999 gm.		3,000 gm. 3,750 gm.		3,751 gm. 3,999 gm.		MAS DE 4,000 gm.	
	NUMERO	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>43</u>	<u>100</u>	<u>11</u>	<u>25.6</u>	<u>13</u>	<u>30.2</u>	<u>15</u>	<u>34.9</u>	<u>3</u>	<u>7.0</u>	<u>1</u>	<u>2.3</u>
Diarrea	3	7.0	-	—	2	4.7	1	2.3	-	—	-	—
Resfriados	25	58.1	7	16.2	8	18.6	6	14.0	3	7.0	1	2.3
Rinitis	7	16.3	2	4.7	-	—	5	11.7	-	—	-	—
Hiperbili- rrubina	2	4.6	-	—	1	2.3	1	2.3	-	—	-	—
Enf. de la Piel	4	9.3	2	4.7	1	2.3	1	2.3	-	—	-	—
Otros	2	4.6	-	—	1	2.3	1	2.3	-	—	-	—

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás.  
Octubre a Diciembre de 1988.

La morbilidad registrada por causa a los 30 días de nacidos varía según los diferentes niveles de peso al nacer: el 55.8% de los niños enfermos pesaron menos de 3,000 gramos al momento de nacer (25.6% de menos de 2,500 gramos y 30.2% de 2,500 a 2,999 gramos) registrándose la más alta incidencia en los resfriados (16.2% y 18.6%, respectivamente).

La frecuencia más alta de niños enfermos para un tramo de peso específico se observa entre aquellos que registraron entre 3,000 y 3,750 gramos, su porcentaje fue de 34.9% y la mayor incidencia se observa para los resfriados: el 14% y las rinitis 11.7%.

Para los 43 niños que enfermaron a los 30 días de edad, las enfermedades respiratorias se constituyeron en su principal problema de morbilidad, el 74.4%, o sea, 32 niños fueron afectados por ellas, siguiéndole en orden de importancia las enfermedades de la piel (9.7%) y las diarreas (7.0%).



CUADRO No. 45

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS POR LA MADRE ADOLESCENTE, SEGUN LA CONDICION CON MORBILIDAD O SIN ELLA A LOS 15 DIAS DE VIDA HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	TOTALES		MORBILIDAD			
	No.	%	CON		SIN	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTALES	<u>135</u>	<u>100</u>	<u>31</u>	<u>23.0</u>	<u>104</u>	<u>77.0</u>
0 - 3 CONTROLES	56	41.5	18	13.3	38	28.1
4 - 7 CONTROLES	64	47.4	12	8.9	52	38.5
8 Y MAS CONTROLES	15	11.1	1	0.8	14	10.4

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

El Cuadro No. 45 relaciona la presencia de la morbilidad y los controles prenatales recibidos por el niño antes de nacer. Como se observa del Cuadro No. 39, esta variable se constituye en un importante factor contribuyente para la morbilidad, al registrar una fuerte asociación entre la condición de

bajos controles de salud versus enfermedad (Chi cuadrado de 4.49) y un riesgo relativo de 1.94 o sea un 94% superior a la condición de ausencia de riesgo.

Los datos incluidos indican que el 58.5% de los niños (79) recibieron más de 3 controles prenatales, de los cuales 13 o sea el 16.57% enfermaron. En cambio el 41.5% (56 niños) de lo que recibieron menos de cuatro controles, 18 o sea el 32.1% enfermaron. La simple relación de los dos indicadores nos muestran el valor del riesgo relativo que conlleva la falta de atención:  $0.321/0.165 = 1.94$ , el cual fue comentado anteriormente.

La relación de parte a total es igualmente muy ilustrativa cuando señala que  $56/18 = 3$ , uno de cada tres niños con menos de cuatro controles, presentó problemas de morbilidad, a diferencia de  $79/13 = 6$ , uno de cada seis niños con cuatro o más controles enfermaron. Estas relaciones demostraron el mayor grado de riesgo de enfermar que tienen los niños que reciben una menor atención de salud.

CUADRO No. 46

MORBILIDAD A LOS 15 DIAS DE NACIDOS SEGUN EL NUMERO DE  
CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD A LOS 15 DIAS	T O T A L		NINGUN CONTROL		DE 1 A 3 CONTROLES		DE 4 A 7 CONTROLES		DE 8 Y MAS CONTROLES	
	NUMERO	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	31	100	9	29.0	9	29.0	12	38.7%	1	3.2
Diarrea	4	12.9	2	6.5	1	3.2	1	3.2	-	--
Resfriados	15	48.4	3	9.7	4	12.9	7	22.6	1	3.2
Rinitis	3	9.7	2	6.5	-	--	1	3.2	-	--
Hiperbili- rrubina	4	12.9	-	--	2	6.5	2	6.5	-	--
Enf. de la Piel	2	6.4	1	3.2	-	--	1	3.2	-	--
Otros	3	9.7	1	3.2	2	6.5	-	--	-	--

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomas.  
Octubre a Diciembre de 1988.

Según los datos contenidos en el Cuadro No. 46 que muestra la morbilidad por causas y las relaciona con el número de controles recibidos, el 58.1% de los niños enfermos (18) tuvieron menos de cuatro controles, de los cuales nueve (9), exactamente la mitad, se les diagnosticó algún trastorno respiratorio, prevaleciendo los resfriados (38.9%) y la rinitis (11.1%). La diarreas que aportó al grupo de enfermos con menos de cuatro controles apenas tres (3) de los 18 casos para un porcentaje del orden de 16.7% y las otras causas con tres casos para el 16.7% son las más importantes y acumulan entre ellas el 83% de la morbilidad.

El restante 41.9%, de la morbilidad afectó a 13 niños que para esa edad habían recibido más de tres controles de salud. De ese total nueve niños, el 69% tuvieron trastornos respiratorios, enfermando de resfriado (61.5%) o de rinitis ( 7.7%). La hiperbilirrubinemia con el 15.4% de los casos fue la segunda en orden de importancia. Las diarreas (7.7%) y las enfermedades de la piel (7.7%) aportaron el resto de los casos observados en estos niños.

En términos generales, las enfermedades respi-

ratorias afectaron al 58% de los niños enfermos, las diarras (12.9%), las hiperbilirrubinemia (12.9%) y las enfermedades de la piel (6.4%), en ese orden, fueron las principales causas de morbilidad presente a los 15 días de vida de 31 de los hijos de madres adolescentes.

CUADRO No. 47

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS POR LA MADRE ADOLESCENTE, SEGUN LA CONDICION CON MORBILIDAD O SIN ELLA A LOS 30 DIAS DE VIDA HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	TOTALES		MORBILIDAD			
	No.	%	CON		SIN	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTALES	<u>135</u>	<u>100</u>	<u>43</u>	<u>31.9</u>	<u>92</u>	<u>68.1</u>
0 - 3 CONTROLES	56	41.5	21	15.6	35	25.9
4 - 7 CONTROLES	64	47.4	21	15.6	43	31.9
8 Y MAS CONTROLES	15	11.1	1	0.7	14	10.3

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomás. Octubre a Diciembre de 1988.

En el Cuadro No. 47 se analizan los datos de la morbilidad según los controles prenatales recibidos por los niños antes de nacer. Estos niños suman el total de los 135 estudiados, 43 o sea el 31.9% que presentaron problemas de morbilidad, el restante 68.1% estaban sanos en esos momentos.

Se destaca, para el grupo con morbilidad (43) que 21 o sea el 43.7%, recibieron menos de cuatro controles de salud en oposición al 56.3% que sí fueron atendidos cuatro o más veces en su control prenatal.

Las tasas de incidencia para aquellos niños con menos de cuatro controles:  $21/56 = 0.375$ , en relación a la tasa registrada en aquéllos que recibieron más de tres controles:  $22/79 = 0.278$ , indica que los primeros experimentan un 35%, de mayor riesgo que los últimos ( $0.375/0.278 = 1.35$ ), enfermándose aproximadamente uno de cada tres niños ( $56/21 = 2.7$ ) a diferencia de uno de cada cuatro ( $79/22 = 3.6$ ), confirmándose de esta forma la importancia que tiene la atención temprana y continua para la salud de los niños.

CUADRO No. 48

MORBILIDAD A LOS 30 DIAS DE NACIDOS SEGUN EL NUMERO DE  
CONTROLES PRENATALES RECIBIDOS  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

MORBILIDAD A LOS 30 DIAS	T O T A L		NINGUN CONTROL		DE 1 A 3 CONTROLES		DE 4 A 7 CONTROLES		DE 8 Y MAS CONTROLES	
	NUMERO	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>43</u>	<u>100</u>	<u>12</u>	<u>27.9</u>	<u>9</u>	<u>20.9</u>	<u>21</u>	<u>48.8%</u>	<u>1</u>	<u>2.3</u>
Diarrea	3	7.0	1	2.3	-	--	2	4.7	-	--
Resfriados	25	58.1	6	14.0	8	18.6	10	23.2	1	2.3
Rinitis	7	16.3	3	7.0	-	--	4	9.3	-	--
Hiperbili- rrubina	2	4.7	-	--	1	2.3	1	2.3	-	--
Enf. de la Piel	4	9.3	1	2.3	-	--	3	7.0	-	--
Otros	2	4.7	1	2.3	-	--	1	2.3	-	--

FUENTE: Encuesta a Madres Adolescentes atendidas en el Hospital Santo Tomas.  
Octubre a Diciembre de 1988.



La morbilidad por causa a los 30 días de vida de los niños afectó significativamente a aquéllos que no recibieron más de tres controles de salud durante este tiempo (48.8%). Igual a lo observado a los 15 días de vida, las enfermedades respiratorias afectaron, en general, al 74.4% de los niños, las enfermedades de la piel (9.7%) y las diarreas (7.0%), le siguieron en orden de importancia.

El grupo de mayor riesgo, aquellos que recibieron menos de cuatro controles de salud y que sumaron 21 en total, 17 de ellos, o sea, el 81% sufrieron de resfriados o rinitis a los treinta días de vida. El 19% restante fue afectado por diarreas, hiperbilirrubinemia, enfermedades de la piel u otras causas no determinadas.

Los 22 niños restantes que recibieron cuatro o más controles de salud, 15 de ellos, el 68% se les trató por algún trastorno respiratorio (resfriado o rinitis), 13.6% se les diagnosticó alguna enfermedad de la piel y el 9.1% tuvo diarreas, entre las más importantes.

Para esta edad la incidencia de enfermedades

respiratorias fue más frecuente que a los 15 días, en donde el grupo que tuvo menos de cuatro controles enfermó el 50% por estas causas a diferencia del 81% observado a los 30 días. Para aquéllos con más de tres controles las diferencias no son tan importantes (69% a 68% respectivamente).

## CONCLUSIONES

La investigación realizada mediante la recolección de datos de las historias clínicas de una muestra de 135 madres adolescentes que dieron a luz entre los meses de octubre a diciembre de 1988 y cuya información fue complementada con el registro de los datos de las historias clínicas de los niños, dirigida a identificar factores de riesgo relacionados con la morbimortalidad, nos ha permitido identificar algunas variables, que si bien han sido señaladas como posibles causas de la morbilidad y mortalidad neonatal, no habían sido estudiadas empleando la metodología del enfoque de riesgo.

El estudio revela, entre otras cosas, que existe un riesgo real de enfermar y en consecuencia de morir, entre los niños nacidos de madres adolescentes cuando la situación que se presenta es la siguiente:

1. La morbilidad al nacer es de 40.7%.
2. Una morbilidad a los 15 días de 23%.
3. Una morbilidad a los treinta días de 31.8%.

Se señala igualmente, que la morbilidad registrada en el Hospital del Niño es de 10.1% para toda

la población, independientemente de la edad de la madre. Se esperaba encontrar una morbilidad en este grupo de 15%, que fue superada por la realidad de las cifras señaladas con anterioridad, encontrándose una tasa de mortalidad neonatal de 14.8 por cada 1,000 nacidos vivos, cifra que es muy consistente con los indicadores nacionales.

La búsqueda de los posibles factores de riesgo significó la aplicación, para la mayor parte de las variables, de pruebas estadísticas lo suficientemente fuertes como para revelar asociaciones con la morbilidad. Algunos de estos resultados señalan:

1. Se establecieron los posibles factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes.
2. Se describió la situación de salud-enfermedad del recién nacido de madres adolescentes en relación a algunas variables sociales, biológicas y de atención.
3. Se describieron los posibles factores de riesgo asociados a la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes.

4. Se midió el grado de riesgo detectado según las variables estudiadas para determinar cuáles ejercían mayor influencia.
5. Se relacionaron los diferentes factores de riesgo detectados para determinar su influencia en la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes.
6. Se analizaron los principales factores de riesgo detectados en los recién nacidos de madres adolescentes.
7. Se propuso un Modelo del Plan de Atención a los recién nacidos de madres adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería del Autocuidado de Dorothea E. Orem.
8. La prevalencia de altos niveles de niños con bajo peso (13.3%) o peso deficiente (28.1%) y que esta situación al nacer condiciona la presencia de morbilidad en los niños.
9. Que las condiciones ambientales y de vivienda en conjunto o en particular, afectan la salud del niño.

10. Que existe un mayor riesgo para los niños mientras menor es la edad de la madre (menores de 15 años).
11. Que los embarazos que no completan el período de gestación normal (menos de 37 semanas de gestación) y el número de ellos, producen severos trastornos en la salud del niño.
12. Que la condición de salud de la madre durante el embarazo (morbilidad), igualmente, afecta al niño.
13. Que el trauma del parto por cesárea, además de constituir un riesgo adicional para la madre, incide en la salud del niño.
14. Que la deficiente asistencia del niño a los controles de salud, definitivamente, produce la presencia de problemas de morbilidad.
15. De los factores de riesgos, asociados a la morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes que tuvieron mayor relevancia, tenemos: Apgar menor de 7 al minuto de nacidos, los partos con menos de 37 semanas de

gestación y las madres menores de 15 años.

16. Para una determinada edad gestacional, la morbilidad neonatal es más elevada, cuanto menor es el peso al nacer y para un peso determinado, a menor edad gestacional mayor morbilidad.
17. La mortalidad neonatal que se estableció en el estudio fue de 14.8 por cada 1,000 nacidos vivos, cifra que es consistente con los indicadores nacionales.
18. La prematuridad y el bajo peso al nacer se asocian con un aumento de la morbilidad y la mortalidad neonatal.
19. La edad de la madre es un factor importante de riesgo entre el grupo de variables analizadas. El riesgo relativo para las madres menores de 15 años fue de 1.53 con respecto a las de mayor edad.
20. Las patologías de mayor importancia presentadas por los recién nacidos de madres adolescentes al nacer fueron: dificultad respiratoria, síndrome aspirativo y bilirrubinemias.



21. Cuando se relaciona la morbilidad por causa y los resultados del apgar al primer minuto de vida, se observó que un 29% registraron valores entre 0-6.
22. Los niños nacidos de madres con embarazos inferiores a las 37 semanas representaron el 18.9%.
23. Dentro de los factores de riesgo asociados a la morbilidad neonatal de los recién nacidos de madres adolescentes los más sobresalientes fueron: Bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos), cinco o más personas por vivienda, y menos de cuatro controles prenatales.
24. El 23% de los niños nacidos de madres adolescentes presentaron problemas de morbilidad a los 15 días de vida.
25. A los 30 días de vida se observó que un 31.8% de los recién nacidos de madres adolescentes presentaron problemas de morbilidad (con un aumento del 8.8% en relación a los 15 días de vida).
26. De los 135 niños estudiados, un 13.3% de la

totalidad presentaron bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos).

27. Los niños que más se enfermaron fueron los que tuvieron peso entre 2,500 gramos y 2,999 gramos (45.2%) que es un rango de peso considerado inadecuado.
28. Las morbilidades más frecuentes a los 15 días de nacidos fueron: los resfriados (48.4), las diarreas y la hiperbilirrubinemia (12.9) cada una y las enfermedades de la piel con (6.4%).
29. Las morbilidades más frecuentes a los 30 días de nacidos fueron: los resfriados (58.1%), la rinitis (16.3%) y las enfermedades de la piel (9.3%).
30. Se pudo observar que uno de cada tres niños con menos de 4 controles prenatales presentó problemas de morbilidad a diferencia de uno de cada seis niños con cuatro o más controles.

Del listado de los factores contribuyentes y del análisis que se realiza en la primera sección, se indica que la población que fue investigada pro-

viene, en su mayoría del área periurbana, de las afueras de la ciudad, principalmente del distrito de San Miguelito, que tiene altos niveles de personas por vivienda con servicios casi deficientes (agua y servicios sanitarios).

Las cifras señalan que las jóvenes quedan embarazadas cuando cursan los tres primeros años de la escuela secundaria.

El 41.5% de las madres habían recibido menos de cuatro (4) controles prenatales y apenas el 25% superó los 7 controles, situación que predispone a la morbilidad materna y del niño, es por ello que el 54% se le encontró registro de morbilidad durante el embarazo.

Se han señalado los puntos considerados más reveladores de la investigación y que, sin lugar a dudas, podrían incluirse como elementos a considerar en un programa de intervención que mejore la situación de salud del niño y de la madre adolescente, tratando de modificar algunas de las variables que se han marcado como responsables o contribuyentes en la morbilidad y la mortalidad neonatal.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. Brindar atención con base al riesgo a nuestra población de adolescentes para así disminuir los altos niveles de niños bajo peso y con peso inadecuados.
2. Mejorar las condiciones ambientales y de vivienda de los grupos poblacionales, lo cual redundará en beneficio de la salud familiar.
3. Orientando a nuestra población escolar sobre los riesgos por morbimortalidad en las adolescentes embarazadas.
4. Brindar mejor condición de vida en general a la población para evitar factores de riesgo que condicionen el nacimiento de niños prematuros.
5. Ofrecer atención y captación de prenatales en el primer trimestre del embarazo, para así proporcionarle mejor condición de salud.
6. Incrementar una adecuada orientación a las madres adolescentes sobre el beneficio de asistir a controles de salud.
7. Dar una mejor orientación a madres adolescentes sobre las diferentes etapas del proceso de parto, para que ellas y sus recién nacidos

tengan menos riesgos por morbilidad en el período perinatal y neonatal.

8. Dentro de la atención progresiva del recién nacido se considere la educación programada de la madre adolescente, para así brindarle mayor oportunidad de supervivencia al niño.
9. Disminuir los factores de riesgo condicionantes que llevan a los recién nacidos a presentar morbilidades por enfermedades respiratorias.
10. Captar por medio de visitas domiciliarias el mayor número de recién nacidos en los primeros 15 días de vida, ya que es un período de adaptación al medio ambiente el cual condiciona estados de salud - enfermedad.
11. Prestar más atención al grupo de recién nacidos con peso inadecuado, ya que se constituyen en grupo de riesgo por morbilidades repetidas.
12. Mejorar el sistema de referencia del Hospital a los Centros de Salud.

B I B L I O G R A F I A

LIBROS

- AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. High Risk Perinatal Nursing. United States of America: W.B. Saunders Company. 1983.
- AYBAR, María Luisa y Otros. Proyecto de Atención Perinatal con enfoque de riesgo en la República de Panamá. Panamá: Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, 1985.
- BABSON S., Gorham; Pernoll, Martin L. y Gerda I. Benda. Diagnosis and management of the fetus and neonate at risk. Fourth edition. United States of America: By C.V. Mosby Company., 1980.
- BAZERQUE, Pablo; Tessler, José. Método y Técnicas de la Investigación Clínica. 1era. edición., Argentina: Ediciones Toray, S.A.C.I., 1982.
- BEHRMAN, Richard E.; Vaughau, Víctor C. y Waldo E. Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. 1, 9a. edición. España: Editorial Interamericana, 1985.
- BELITZKY, Rubén. Simposio: Bajo Peso al Nacer. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. 1986.
- BENSON, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1983.
- BETHEA, Doris C. Enfermería Materno Infantil. 3ra. Ed., Traducción de Dr. Manuel Antonio Palacios Elvis. México: Nueva Editorial Interamericana, 1984.
- BLEIR, Inge J. Enfermería Materno Infantil. Traducido por Dr. Federico Benet M., 4ta. ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1982.
- BUDETTI, Peter y Otros. Costo efectividad del cuidado Intensivo Neonatal. Traducido por Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: 1985.



- BURRELL, Zeb L. y Lenette Owens Burrell. Cuidado Intensivo. 3a. edición. Traducción de Georgina Guerrero. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1981.
- CANALES, Francisca H. de; Alvarado, Eva Luz de y Pineda Elia B. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud 1era. edición., México: Editorial Limusa, S.A., 1986.
- Constitución Política de la República de Panamá de 1972. Panamá: Editora y Gráfica El Nene, S.A., 1991.
- Contraloría General de la República de Panamá. Estadísticas Vitales. Panamá: Contraloría General de la República de Panamá, 1987.
- Contraloría General de la República de Panamá. Estadísticas Vitales. Panamá: Contraloría General de la República de Panamá, 1988.
- DIAZ DEL CASTILLO, Ernesto. Pediatría Perinatal. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1981.
- DIAZ ROSELLO, José Luis y Otros. Aspectos Económicos de la Atención Neonatal. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1986.
- DIAZ ROSELLO, José Luis; Estol Paul y Martell, Miguel. Guía de Organización y Normatización Básica de la Asistencia Neonatal. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1986.
- DI VICENTI, Marie. Administración de los Servicios de Enfermería. 2a. edición. México: Editorial Limusa, S.A., 1981.
- Du Gas, Kozier. Tratado de Enfermería Pediátrica. 2a. edición, México: Editorial Interamericana, S.A. 1974.

- EVANS, Marilyn y Hansen Beverly. Enfermería Pediátrica. Traducido por Manuel A. Palacios. México: Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V., 1983.
- FREGIA B., Glenda. Enfermería Perinatal. México: Editorial Limusa, S.A., 1982.
- FRIEDMAN, Herbert L. y Edstrom, Karin G., Higiene de la Reproducción en la Adolescencia. Suiza: Imprimeris Populaires 2000. 1983.
- FRIESNER, Arlyne y Raff Beverly. Enfermería Materno Infantil. Traducido por Dr. Manuel Antonio Palacios Elvis., México: Editorial El Manual Moderno, 1984.
- GLOVER Mayers, Marlene. Enfermería, Planeación, Control y Casos. Traducido por Silvia A. Peláez Polo. México: Editorial Limusa, 1983.
- GONZALEZ, Merlo. Obstetricia. 2da. Ed. España: Editores Salvat, S.A., 1985.
- ISAZA, Elba de y Torregrosa Gilda. Criterios de Riesgos Materno Infantil. Panamá: Ministerio de Salud, 1980.
- KLAUS, Marshall y Fanaroff, Avroy. Asistencia del Recién nacido de Alto Riesgo. 2da. Ed. Traducido por Irma Lorenzo. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1981.
- KRON, Thora. Manual de Enfermería. 4a. edición., México: Editorial Interamericana, S.A., 1977.
- Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Departamento Materno Infantil. Normas Técnico-Administrativas del Programa Infantil. Atención Ambulatoria Panamá: Ministerio de Salud, 1988.
- MOORE, Mary Low. Newborn Family and Nurse. Second editions. United States: W.B. Saunders Company, 1981

- Organización Panamericana de Salud. "Técnicas para el Cálculo de Riesgo Relativo." Monografías. Costa Rica: 1983. p.p. 103-104.
- POLETTI, Rosette A. Cuidados de Enfermería. "Tendencias y Conceptos Actuales". España: Ediciones Rol, S.A., 1980.
- REEDER, Sharon y otros. Enfermería Materno Infantil. 1era. edición. Traducido por Luisa Contreras. Washington: Lippincott Company, 1978.
- SCHWARCZ, Ricardo y Otros. Obstetricia. 4ta. edición, Buenos Aires: El Ateneo, 1986.
- U.S. Bureau of Census. "Conferencia sobre Muestreo". Monografías. Estados Unidos: 1971. p. 19.
- VESTAL, Katherine; Miller, Mckenzie, Carole. High risk perinatal nursing. United States of America: Press of W.B. Saunders Company, 1983.

#### BOLETINES

- ARROYO, Pedro y otros. "Programa para la Captación de una Cohorte de Estudios Perinatales I Justificación y Estrategia" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 95 (Julio, 1983), p.p. 35 - 43.
- ARROYO, Pedro y otros. "Programa para la Captación de una Cohorte de Estudios Perinatales II Justificación y Estrategia" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 95, (Julio, 1983), p.p. 44-50.
- AVILA, Héctor; Casanueva, Esther y Arroyo Pedro. "Cohorte de Estudios Prenatales, Edad y Embarazo como causas de sesgo". en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Estados Unidos: Vol. 99, No. 4, (Octubre, 1985), p.p. 400-404.

BLANCO, Rafael; Palomino, Hernán y Kamps, Jorge E. "Mortalidad Infantil por anomalías congénitas en Chile, 1970 - 1979". en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Estados Unidos: Vol. 99, No. 3, 1985. p.p. 258-264.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. "Salud Perinatal" en Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay: Vol 2, No. 6, 1986. p.p. 49-64.

DIAZ ROSELLO, José Luis. "Aspectos Económicos de la Atención Neonatal". en Publicación Científica Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay: No. 1107 (Octubre, 1986), p.p. 1-26.

DIAZ ROSELLO, José Luis; Estol Paul y Martell, Miguel. "Guías de Organización y Normatización Básica de la Asistencia Neonatal". en Publicación Científica del CLAP. Uruguay: No. 1028.

DELGADO, Hernán. "Antropometría Materna, Nutrición y Crecimiento fetal: su aplicación a enfoques de riesgo". en Monografía sobre Crecimiento y Desarrollo del Niño. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Vol. 77, 1988. p.p. 1 - 16.

FESCINA, Ricardo y otros. "Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Uruguay: Vol. 96 (Mayo, 1984), p.p. 377-386.

FLICK, Louise H. "Paths to adolescent parenthood: implications for prevention." in Public Health Reports. Vol 101, (March-April, 1986). p.p. 132-141.

FLORES TAMES, María Estela. "Factores de riesgo de muerte postnatal". en Boletín Médico del Hospital Infantes de México. Vol. 44, No. 7, (Julio, 1987), p.p. 380-388.

GOMEZ FERRAROTTI, Nidia. "Educación para la Salud en la Adolescencia. Relato de una experiencia." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Argentina: Vol. 97, No. 3, (Septiembre, 1984), p.p. 240-251.

GONZALO DIAZ, Angel. "Bases para la Normatización del Control Prenatal." en Publicación Científica. Uruguay: Centro Latinoamericano y Desarrollo Humano, No. 1144, 1985.

GONZALO DIAZ, Angel. "Curso estructurado en base a las estrategias regionales y el plan de acción para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Salud Pública Perinatal. Tomo II." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Washington, D.C., 1984. p.p. 26-30.

HUTCHINS, Vince; Kessell, Samuel S. and Place K, Paul. Trends in Maternal and Infant health factors, associated with low infant birth weight, United States, 1972 and 1980." in Public Health Reports. Vol. 101, (March-April, 1986). p.p. 162-172.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. "Antropometría Materna, Nutrición y Crecimiento Fetal. Su aplicación a enfoques de Alto Riesgo. Monografía sobre Crecimiento y Desarrollo del Niño." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Guatemala: Vol. 16, 1988. p.p. 1-16.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. "Variación en la Mortalidad Neonatal temprana según los diferentes tipos de retraso en el desarrollo fetal. Monografía sobre Crecimiento y Desarrollo del Niño." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Guatemala: Vol. 16, 1988. p.p. 1-13.

KESTLER, Edgar y otros. "Identificación de embarazos de alto riesgo, de bajo peso al nacer en zonas urbanas de America Latina. Organización, Población y Metodología del estudio perinatal de Guatemala." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Estados Unidos: vol. 104, No. 2, 1988. p.p. 117-129.

MORENO, Elsa y Gonzalo Díaz, Angel. "Normatización del Cuidado de la Salud Materno-Infantil." Salud Perinatal 2, Uruguay: CLAP, 1986.

Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Seminario Taller sobre Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo en su atención integral." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Noviembre, 1985), p.p. 8-32, 35-47, 66-76.

Organización Mundial de la Salud. "Reunión de Consulta sobre definiciones y normas relativas a la Salud Materno Infantil y el Período Perinatal." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ginebra. (Diciembre, 1984).

Organización Panamericana de la Salud. "Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Evaluación y selección de textos y materiales instruccionales en Enfermería." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., Vol.76, (1987).

Organización Panamericana de la Salud. "Necesidades Prioritarias de Salud en Centro América y Panamá. Medidas inmediatas para la sobrevivencia infantil." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Colombia, (Julio, 1984).

Organización Panamericana de la Salud. "Supervivencia Infantil". en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C.: No. 2 (Septiembre, 1988), p.p. c7, c8, c9.

Organización Panamericana de la Salud. "Seminario Taller sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: (Febrero-Marzo, 1985).

PAZMINO, Sonia. "Clasificación del Embarazo de alto riesgo." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Estados Unidos: Vol. XC. No. 3, 1981. p.p. 239-243.

- PLAUT, Renate. "Análisis de Riesgo, Alcance y limitaciones para el Administrador de Salud. en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 96, No.4, (Abril, 1984), p.p. 296-304.
- PAXMAN, John M. "La higiene de la reproducción, los jóvenes y la ley." en Crónica de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 38, No.5, 1984.
- ROBLES SOTO, Aradys. "La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Panamá 1970-1985." Centro Latinoamericano de Demografía. Costa Rica. (Julio, 1988).
- SARUE, Eduardo y Otros. "Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud." Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay, No. 1007. 1984.
- SARUE, Eduardo y Otros. "El enfoque de riesgo y su aplicación a la salud de la población." El Concepto de riesgo y el cuidado de la salud. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1984.
- SCHWARCZ, Ricardo. "Salud Perinatal y Actividades Regionales del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la OPC/OMS." Salud Pública Perinatal. Tomo II, Uruguay: Publicación Científica 1042, octubre, 1984.
- SCHWARCZ, Ricardo y Otros. "Importancia del Bajo Peso al nacer en la Salud Materno Infantil." Publicación Científica. Uruguay: 1112 (Diciembre, 1986) p.p.1-43.
- SCHWARCZ, Ricardo, Gonzalo Díaz, Angel y Fascina, Ricardo H. Prevención del Nacimiento de Pretérmino. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1981, p.p. 1-16.



SCHWARCZ, Ricardo y Otros. "Historia Clínica Perinatal Simplificada. Modelo para Atención primaria de baja Complejidad." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: Vol. 95, No. 163, 1983.

SCHWARCZ, Ricardo y Otros. "Bacteriuria Asintomática en el embarazo." Salud Perinatal Centro Latinoamericano de Desarrollo Humano. Uruguay: Vol 2, No. 5, 1985.

SUAREZ OJEDA, Elbio Néstor. "El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno infantil." en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 92, No. 6 (Junio, 1982). p.p. 482-491.

SUAREZ OJEDA, Elbio Néstor. "Adolescencia y Juventud. Aspectos demográficos y epidemiológicos." Publicación Científica. Washington. No. 489, 1985. p. 18.

TORRES PEREYRA, Jorge. "Educación Participativa de la Comunidad en Ciudadanos Perinatales. Aspectos Metodológicos". en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 102, (Febrero 1987): p.p. 168-174.

VENTURA, Stephanie J. and Gerry E. Hendershot. "Infant Health consequences of childbearing by teenagers and older mothers." Public Health Reports. Vol. 99, No. 2 (March - April, 1984): p.p. 138 - 145.

#### REVISTAS

BURROWS, Raquel y otros. "Crecimiento y Desarrollo de hijos de adolescentes de clase media-baja II parte: 30 meses de vida." en Revista Chilena de Pediatría. Vol. 57. No. 6., (1986), p.p. 491-496.



LOLI, Alfonso; Aramburú, Carlos y Paxman, John M. "La sexualidad en la Adolescencia en el Perú." Perspectivas internacionales en planificación familiar. Estados Unidos: The Alan Grrattmacher Institute, 1987.

MORALES, Edilberto. "Epidemiología del Adolescente Panameño." en Revista del Hospital del Niño. Vol. 3 (Panamá: 1983), p.9.

POVEDA, Rodolfo. "Mortalidad Perinatal y Neonatal en el área de influencia del Hospital del Niño de Panamá." Revista del Hospital del Niño. Panamá: (Noviembre, 1987), p.p.25 - 29.

POVEDA, Rodolfo y Otros. "Estudio Prospectivo del Recién Nacido de muy bajo peso:1 Informe Preliminar." Revista del Hospital del Niño. Panamá: (Noviembre, 1987), p.p.63-66.

POVEDA, Rodolfo; Owens, Criseida de. y Ruíz, Ana. "Estudio Prospectivo del recién nacido de muy bajo peso: 2. Control Ambulatorio." Revista el Hospital del Niño. Panamá: Vol. 7, No. 1 (Mayo, 1988) p.p. 16-26.

REYCROFF HOLLINGSWORTH, Dorothy y Felice Marianne. "Teenage pregnancy: a Multiracial Sociologic problem." American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 155, No. 4, (October, 1986).

RINEHART, Ward y Kols Adrienne. "Patrones de embarazo y mortalidad infantil." Population Reports. 27, (Mayo, 1985).

#### FOLLETOS

ABRAHAMS, Ruth de. La Salud del adolescente en Panamá. Panamá: Departamento de Impresiones y Publicaciones del Ministerio de Salud. 1985.

BERTONI, Nora y Otros. El Enfoque de Riesgo su aplicación a la Salud de la Población. Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1985.

GARCIA LARA, Agustín. Situación Demografica de la Juventud Urbana y Rural en Panamá Perspectivas al año 2000. Panamá: Ministerio de Planificación y Política Económica. 1985.

Ministerio de Planificación y Política Económica. Diagnóstico de la Juventud Panameña 1970-1985. Panamá: Ministerio de Planificación y Política Económica, 1985.

Ministerio de Salud Pública de Cuba y Organización Mundial de la Salud. Taller de Análisis de la investigación de riesgo Materno Infantil. Cuba 1983.

Organización Mundial de la Salud y Otras Organizaciones. Apoyo de los recursos humanos en el plan subregional de supervivencia Infantil Memoria del Taller Subregional de Integración Docente Asistencial. Guatemala, 1987.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo del Programa de Salud Materno Infantil. Documentos Básicos de Adolescencia. Guatemala, 1986.

#### TESIS

Abrego S. Orlinda. Estudio exploratorio sobre la Condición actual de salud de un grupo de niños de 0 - 3 años producto del embarazo en adolescentes residentes en el Corregimiento de Pedregal. Tesis. Panamá: Universidad de Panamá, 1985.

Caballero, Lilia Isabel. Estudio de los factores predisponentes de la mortalidad perinatal en el Hospital José Domingo de Obaldía en el lapso de Enero - Junio de 1983. Panama: Universidad de Panamá, 1985.

Carballo V., Itza de. Factores gineco-obstétricos, socioculturales e intrahospitalarios que condicionan el nacimiento de 872 niños con índice de apgar bajo en la Unidad Materno Infantil del Hospital José Domingo de Obaldía en el año 1983. Tesis. Panamá: Centro Regional Universitario de David, 1985.

Esquivel de Vigil, Mireya. Estudio retrospectivo de las posibles causas de mortalidad en 92 niños del Servicio de Neonatología del Hospital José Domingo de Obaldía durante el año 1983. Tesis. Panamá: Centro Regional Universitario de David, 1985.

Ferguson S., Anayansi. Estudio socioeconómico y clínico de los riesgos de embarazo en un grupo de adolescentes. Tesis. Panamá: Universidad de Panamá, 1982.

Jimenez, Xenia O. de. Participación de la enfermera en la estimulación temprana del niño en la Maternidad María Cantera de Remón, Hospital Santo Tomás, mayo 1983 Tesis. Panamá: Universidad de Panamá.

Jhuston M., Elsa M. La ansiedad en un grupo de adolescentes embarazadas. Tesis. Panamá: Universidad de Panamá, 1983.

#### INEDITA

Castro, Sabrina y otros. "Propuesta de política educativa para los adolescentes. Pirámide educativa de deserción." Panamá: Universidad de Panamá. Facultad de Enfermería, 1986.

Santamaría, Mirna de y otros. Medición de Factores de riesgos asociados al embarazo en adolescentes. Panamá: Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería. 1985.

A P E N D I C E S

APENDICE No. 1

SOLICITUD DE PERMISOS, PARA LA RECOLECCION DE  
DATOS A ENTIDADES HOSPITALARIAS Y CENTROS DE SALUD  
DE LA REGION METROPOLITANA, SAN MIGUELITO  
ALCALDE DIAZ Y CHILIBRE

Panamá, 18 de octubre de 1988

Doctor  
JAIME LOPEZ SAM  
Jefe del Departamento de  
Obstetricia y Ginecología  
Hospital Santo Tomás  
E. S. D.

Estimado Doctor López:

Reciba usted un cordial saludo. Por medio de la presente, quisiera solicitarle su autorización para realizar entrevistas y recolección de datos estadísticos en la Sala de Partos, Sala 21 y 22 al grupo de madres adolescentes y recién nacidos que sean atendidos en la Maternidad "María Cantera de Remón", del lero. de octubre de 1988 al 31 de enero de 1989.

El objetivo de recolectar dicha información, es para la elaboración del trabajo de graduación titulado: "RIESGO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES", a nivel de la Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil que se dicta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole la atención que le preste a la misma, me suscribo de usted,

Muy atentamente,

LIC. ADRIANA C. DE MIKE

HOSPITAL SANTO TOMAS

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

A QUIEN CONCIERNE

Mediante la presente autorizo a la Lic. Adriana C. de Mike, para que realice la Recolección de Datos Estadísticos en Sala de Partos, 21 y 22 al grupo de madres adolescentes y recién nacidos atendidos en esta Maternidad. Dicha información es para la elaboración del trabajo de Graduación titulado: "RIESGO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES".

Ruégole ponerse en contacto con la Srta. GLADYS FORERO, supervisora de la Maternidad.

Atentamente,

DR. JAIME LOPEZ SAM  
Jefe del Departamento de  
Obstetricia y Ginecología del  
Hospital Santo Tomás

Panamá, 21 de diciembre de 1988

Doctor  
JOSE FIDEL BARSALLO  
Director Médico  
Región Metropolitana de Salud  
E. S. D.

Estimado Doctor Barsallo:

Reciba usted, un cordial salud.

Por medio de la presente, quisiera solicitarle su autorización para recolectar datos estadísticos en los diferentes Centros de Salud que componen la Región Metropolitana de Salud. Los datos estadísticos incluyen la revisión de expedientes clínicos de madres adolescentes de 12 a 17 años de edad y sus recién nacidos.

El objetivo de recolectar dicha información, es para la elaboración del trabajo de graduación titulado: "RIESGO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES", a nivel de la Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil que se dicta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole la atención que le preste a la misma, me suscribo de usted,

Muy atentamente,

LIC. ADRIANA C. DE MIKE



Panamá, 12 de enero de 1989

Doctor  
JOSE FIDEL BARSALLO  
Director Médico  
Región Metropolitana  
Ministerio de Salud  
E. S. D.

Estimado Doctor Barsallo:

Le extendemos un cordial saludo y nos permitimos presentar a usted, a la estudiante Adriana de Mike, del Programa de Maestría en Ciencias, con Especialización en Enfermería Materno-Infantil, que ha diseñado el Tema de Tesis: "Riesgos en Recién Nacidos de Madres Adolescentes".

El área de estudio será en los centros de salud del área metropolitana.

La profesora de tesis es la Lic. Elba de Isaza.

Agradeceríamos su autorización y colaboración para la realización de este estudio.

Atentamente,

Dra. Luzmila A. de Illueca  
Decana

Panamá, 20 de Febrero de 1989

Doctor  
OSCAR FALLAS  
Representante de la OPS-OMS  
en Panamá

Doctor Fallas:

La presente tiene como finalidad, solicitarle permiso para utilizar la biblioteca de la institución, la cual usted representa.

Los datos obtenidos se utilizarán en mi trabajo de graduación de la Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil titulada: "Modelo de Plan de Atención según riesgo detectado en recién nacidos de madres adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem; dictada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Actualmente soy funcionaria del Ministerio de Salud, en el Centro de Salud de Alcalde Díaz en el mismo desempeño el cargo de Enfermera a cargo del Programa Maternal, en horario de 7 a.m. a 3 p.m.; el cual me dificulta la adecuada utilización de su biblioteca, motivo por el cual le solicito se me conceda la oportunidad de poder sacarle copias a ciertos artículos que me serían de gran utilidad.

Agradeciéndole la atención que le preste a la misma,

De usted atentamente,

LIC. ADRIANA C. DE MIKE

Panamá, 17 de enero de 1989

PARA: DR. NESTOR CHEN C.S. TOCUMEN  
DRA. DAYSI CASTRO C.S. PEDREGAL  
DR. ENRIQUE GUEVARA C.S. CURUNDU  
DR. FRANCISCO CORTEZ C.S. NUEVO VERANILLO  
DR. FANIA DE ROACH C.S. ALCALDE DIAZ  
DRA. MARIBEL HOYTE C.S. CHILIBRE

=====

La portadora de la presente, Lic. Adriana C. de Mike, está autorizada por esta Dirección Regional, para que se le ofrezcan todas las facilidades y pueda recolectar datos estadísticos en el Centro de Salud a su cargo, en lo que se refiere a expedientes de madres adolescentes de 12 a 17 años de edad y sus recién nacidos.

Atentamente,

DR. JOSE FIDEL BARSALLO  
Director de los Servicios de Salud  
de la Región Metropolitana.

Panamá, 24 de enero de 1989

Doctor  
MARCOS GONZALEZ  
Director del Departamento  
Materno Infantil  
Ministerio de Salud  
E. S. D.

Estimado Doctor:

La presente tiene como propósito, solicitarle me conceda una entrevista, con la finalidad de recopilar información acerca del Programa Materno Infantil y la atención con base al riesgo que se brinda a madres adolescentes y sus recién nacidos.

Los datos obtenidos se utilizarán en mi trabajo de graduación para optar por la Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil titulada: " Modelo del Plan de Atención según Riesgo detectado en Recién Nacidos de Madres Adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem; dictada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole la atención prestada, se despide de usted,

Atentamente,

LIC. ADRIANA CUMBERBATCH DE MIKE

cc: Dr. Max Ramírez Jefe del Programa Infantil Ministerio de Salud	Lic. Xenia de Ross Coord. Programa Maternal Región Metropolitana de Salud.
Dr. Alvaro Aguilar Coord. Programa Maternal Región Metropolitana de Salud	Lic. Flor de Vásquez Coord. Programa de Ado- lescentes - Nivel Nac. Ministerio de Salud.
Lic. Olga L. de Duarte Coord. Programa Infantil Nivel Nacional	Lic. Alvis Ruiloba Jefe de Depto. Estadís- tica de la Región Metro

Panamá, 26 de enero de 1989

Doctor  
RODOLFO POVEDA  
Jefe del Departamento de  
Neonatología  
Hospital del Niño  
E. S. D.

Estimado Doctor Poveda:

La presente tiene como propósito, solicitarle me conceda entrevista, con la finalidad de recopilar información acerca del Programa Infantil y la Atención con base al riesgo que se brinda a los recién nacidos de madres adolescentes en dicha Institución.

Los datos obtenidos se utilizarán en mi trabajo de graduación para optar por la Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil titulada: "Modelo del Plan de Atención según Riesgo detectado en Recién Nacidos de Madres Adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem; dictada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole la atención prestada,

Atentamente,

LIC. ADRIANA C. DE MIKE

Panamá, 26 de Enero de 1989

Licenciada  
ZENAIDA DE ROONER  
Enfermera Coordinadora  
del Programa Maternal  
Ministerio de Salud

Estimada Licenciada Rooner:

La presente tiene como propósito, solicitarle me conceda entrevista, con la finalidad de recopilar información a cerca del Programa Materno Infantil, y la atención con base al riesgo que se brinda a madres adolescentes y sus recién nacidos.

Los datos obtenidos se utilizarán en mi trabajo de graduación para optar por la Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil titulada: " Modelo del Plan de Atención según Riesgo detectado en Recién Nacidos de Madres Adolescentes, aplicando la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem; dictada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole la atención prestada,

Atentamente,

LIC. ADRIANA C. DE MIKE

APENDICE No. 2

FORMATO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

OBJETIVOS:

1. Recolectar información general acerca de la madre adolescente y su recién nacido.
2. Identificar algunos factores de riesgo que inciden en la morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes en sus primeros treinta días de vida.



INSTRUCTIVO

1. No se utilizarán los nombres de las madres adolescentes en las encuestas.
2. No se dará información personal de las madres adolescentes estudiadas a ninguna persona, grupo o asociación.
3. Toda la información recolectada será utilizada con fines educativos exclusivamente.
4. La información recogida será sólo de uso de la persona que investiga.
5. Todos los formatos serán llenados exclusivamente por la autora del estudio.
6. El formato consta de tres partes principales donde se recolectarán:
  - a. Datos sobre las condiciones de la vivienda y la disponibilidad de algunos servicios básicos.
  - b. Datos sobre la condición social de la madre,

sus antecedentes familiares y las condiciones en que se desarrolló el embarazo y parto.

- c. Datos sobre el niño y sus condiciones al momento de nacer y lo acontecido con su salud en sus primeros treinta días de vida.

INVESTIGACION SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS  
RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL  
HOSPITAL SANTO TOMAS ENTRE LOS MESES DE  
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988

A. DATOS DE VIVIENDA:

1. Dirección: \_\_\_\_\_  
Corregimiento \_\_\_\_\_
2. ¿Número de cuartos en la vivienda? \_\_\_\_\_
3. ¿Número de personas que habitan la  
vivienda? \_\_\_\_\_
4. ¿Posee agua potable dentro de la  
vivienda? \_\_\_\_\_
5. ¿Posee servicio sanitario dentro de  
la vivienda? \_\_\_\_\_

B. DATOS DE LA MADRE:

6. Edad de la madre: \_\_\_\_\_
7. Estado civil:  
Soltera 1 Casada 2 Unida 3  
Separada 4 Otra 5 \_\_\_\_\_
8. Escolaridad:  
Ninguna 0  
Primaria 1  
Secundaria 2  
Universitaria 3  
Otros 4

9. Antecedentes Familiares:

Diabetes 1. \_\_\_\_\_  
TBC 2. \_\_\_\_\_  
HTA 3. \_\_\_\_\_  
Infertilidad 4. \_\_\_\_\_  
Partos Múltiples 5. \_\_\_\_\_  
Otros 6. \_\_\_\_\_

10. ¿Número de Embarazos? \_\_\_\_\_

11. ¿Número de nacidos vivos? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuántos niños viven actualmente? \_\_\_\_\_

13. ¿Número de nacidos muertos? \_\_\_\_\_

14. ¿Abortos? \_\_\_\_\_

15. ¿Cuántos niños pesaron menos de  
2500 gramos al nacer? \_\_\_\_\_

16. ¿Cuántos controles recibió durante  
el embarazo? \_\_\_\_\_

17. ¿Presentó alguna morbilidad durante  
el último embarazo?

1. SI \_\_\_\_\_

2. NO \_\_\_\_\_

18. Tipo de morbilidad presentada en el  
último embarazo:

Hipertensión 1. \_\_\_\_\_

Eclampsias 2. \_\_\_\_\_

Diabetes 3. \_\_\_\_\_  
Hemorragias 4. \_\_\_\_\_  
Anemias 5. \_\_\_\_\_  
Amenaza de Parto  
Prematuro 6. \_\_\_\_\_  
Otros 7. \_\_\_\_\_

19. Número de hospitalizaciones durante el último embarazo. \_\_\_\_\_

20. ¿La paciente fumó durante el embarazo?

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

21. El parto fue:

1. Vaginal \_\_\_\_\_

2. Forceps \_\_\_\_\_

3. Cesárea \_\_\_\_\_

22. Edad Gestacional \_\_\_\_\_  
(Semanas)

23. Presentación de producto durante el parto.

1. Cefálico \_\_\_\_\_

2. Pélvico \_\_\_\_\_

3. Transverso \_\_\_\_\_

4. Podálico \_\_\_\_\_

24. El parto fue atendido por:

1. Médico

\_\_\_\_\_

2. Enfermera

\_\_\_\_\_

3. Auxiliar

\_\_\_\_\_

4. Otro

\_\_\_\_\_

C. DATOS DEL RECIEN NACIDO:

25. Sexo del Recién Nacido.

1. Masculino

\_\_\_\_\_

2. Femenino

\_\_\_\_\_

26. Apgar

1. Al minuto

\_\_\_\_\_

2. 5 minutos

\_\_\_\_\_

27. Peso al nacer.

\_\_\_\_\_gramos

\_\_\_\_\_

28. Talla al nacer.

\_\_\_\_\_cms.

\_\_\_\_\_

29. Edad gestacional.

\_\_\_\_\_Semanas

\_\_\_\_\_

30. Condiciones del niño al nacer.

1. Buena

\_\_\_\_\_

2. Regular

\_\_\_\_\_

3. Mala

\_\_\_\_\_

31. Morbilidad al nacer.

- 1. Membrana Hialina \_\_\_\_\_
- 2. Hemorragias \_\_\_\_\_
- 3. Infección \_\_\_\_\_
- 4. Anomalías congénitas \_\_\_\_\_
- 5. Síndrome Aspiratorio \_\_\_\_\_
- 6. Hiperbilirrubina \_\_\_\_\_
- 7. Síndrome dificultad respiratoria \_\_\_\_\_
- 8. Otros \_\_\_\_\_

32. Condición del recién nacido al egresar.

- 1. Sano \_\_\_\_\_
- 2. Enfermo \_\_\_\_\_
- 3. Traslado \_\_\_\_\_
- 4. Muerto \_\_\_\_\_

33. Edad al fallecer.

- 1. Horas \_\_\_\_\_
- 2. Días \_\_\_\_\_

34. Asistencia del recién nacido al control de salud a los 15 días de vida.

- 1. SI \_\_\_\_\_
- 2. NO \_\_\_\_\_

35. Condición de salud a los 15 días de vida.

- 1. Sano \_\_\_\_\_
- 2. Enfermo \_\_\_\_\_
- 3. Defunción \_\_\_\_\_

36. Tipo de morbilidad presentada.

---

---

---

37. Asistencia del recién nacido al control de salud a los 30 días de nacido.

1. SI \_\_\_\_\_

2. NO \_\_\_\_\_

38. Condición de salud presentada.

1. Sano \_\_\_\_\_

2. Enfermo \_\_\_\_\_

3. Defunción \_\_\_\_\_

39. Tipo de morbilidad presentada.

---

---

---

40. Tipo de alimentación.

1. Lactancia Materna

2. Alimentación Mixta \_\_\_\_\_

3. Leche Artificial



APENDICE No. 3

PROPUESTA DEL MODELO DEL PLAN DE ATENCION PARA  
LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES, NACIDOS  
DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988 EN LA MATERNIDAD  
DEL HOSPITAL SANTO TOMAS, APLICANDO LA TEORIA DE  
ENFERMERIA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

MODELO DEL PLAN DE ATENCION PARA LOS RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES, APLICANDO LA TEORIA DE  
ENFERMERIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Al elaborar el Modelo del Plan de Atención para los recién nacidos de madres adolescentes, aplicando la teoría de enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem, hemos tomado en cuenta las tres etapas del proceso de enfermería del cual hace referencia la autora.

En la primera etapa, se hizo la determinación del por qué el recién nacido de madre adolescente necesita de la atención de enfermería, se evaluó la demanda terapéutica de autocuidado requerido y las posibles metas futuras.

La segunda etapa comprende el diseño de un sistema de enfermería, el cual nos debe guiar a la obtención de las metas de salud. Esta etapa incluye la planificación de métodos que satisfagan las necesidades de autocuidado del recién nacido de madres adolescentes, utilizando los posibles factores de riesgo asociados a la morbilidad al nacer y a la morbilidad en el período neonatal y sus limitaciones.

La tercera etapa sugerida por Orem se refiere a la implantación y evaluación de las acciones diseñadas que nos guiarán para superar las limitaciones del autocuidado, proporcionando atención terapéutica y, sobre todo, prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

Hemos decidido dividir nuestra propuesta del modelo del plan de atención al recién nacido de madres adolescentes, ocurridos en la Maternidad "María Cantera de Remón" del Hospital Santo Tomás en los meses de octubre a diciembre de 1988 en dos partes, tomando como guía las etapas del proceso de enfermería de Dorothea E. Orem.

La primera parte se refiere al plan de atención según factores de riesgo asociados a la morbilidad al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes, en el que se analizaron los tres principales problemas o factores de riesgo detectados: madres adolescentes menores de 15 años, partos prematuros (menos de 37 semanas de gestación) y niños que tuvieron un apgar menor de 7 al minuto de nacido.

Dentro de esta primera parte del estudio, se

analizarán los dos principales factores de riesgos asociados a la morbilidad en el período neonatal de los recién nacidos de padres adolescentes, que comprenden los siguientes problemas o factores de riesgo: bajo peso al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes (menos de 2,500 gramos), menos de cuatro controles prenatales recibidos por las madres adolescentes.

Además, en esta etapa del modelo del plan de atención se enunciarán y desarrollarán los siguientes aspectos:

1. Problema de factor de riesgo detectado:

El mismo fue determinado mediante datos estadísticos, según encuesta realizada en el Hospital Santo Tomás en los meses de octubre a diciembre de 1988.

2. Explicación científica del problema o factor de riesgo detectado:

En ésta se incluye la fundamentación científica del problema o factor de riesgo, según diferentes autores quienes dan validez al problema o

factor de riesgo como tal.

3. Problemas usuales:

Los problemas usuales son aquéllos que pueden ser predecidos u observados, los cuales suceden con frecuencia en la mayoría de los pacientes que tienen un determinado diagnóstico. Los mismos se pueden dividir en:

- Problemas Reales:

Son aquellas preocupaciones y dificultades del paciente que, a juicio de la enfermera, están presentes al momento de la evaluación.

- Problemas Probables:

Son situaciones que requieren más información, antes de que se establezca o elimine como un problema.

4. Resultados esperados:

Es la explicación del comportamiento o de su estado clínico que se desea tenga el paciente además, es otra forma de designar el objetivo.

5. Explicación científica de los problemas usuales y los resultados esperados.

Aquí son incluidos la fundamentación científica de los problemas usuales y los resultados esperados. El mismo va a estar sustentado por una pluralidad de autores, lo que dará mayor validez al mismo.

6. Ordenes de Enfermería

Las órdenes de enfermería no son más que las acciones de enfermería quienes conllevan actividades específicas diseñadas para resolver un problema, en determinado momento.

La segunda parte es la propuesta del Modelo del Plan de Atención al recién nacido de madres adolescentes, aplicando la teoría de enfermería del autocuidado de Dorothea E. Orem. En la misma, se presentan los siguientes aspectos:

1. Diagnóstico de enfermería según factor de riesgo detectado.

No es más que la declaración de la probable

relación entre una conducta de salud negativa y el factor o los factores que tuvieron más probabilidades de producirlo. Aquí se presenta el factor de riesgo detectado y el diagnóstico de enfermería.

2. Explicación científica del diagnóstico de enfermería:

Es la fundamentación teórica presentada por diversos autores, la cual sustente la presencia del problema o factor de riesgo detectado.

3. Objetivos de enfermería.

Son los resultados esperados según el comportamiento que se desea tenga el paciente.

4. Las acciones a desarrollar, en este caso se han dividido en:

- a. Acciones de Enfermería:

Son las actividades específicas de enfermería diseñadas para resolver un problema en determinado momento.

b. Acciones de la madre adolescente:

Son aquellas actividades que se le van a enseñar a la madre adolescente esperando sean puestas en práctica, para su beneficio y el de sus hijos. Aquí, el personal de enfermería juega un papel importante, ya que brinda educación y apoyo a estas madres.

5. La explicación científica de las acciones a realizar.

Es la fundamentación teórica presentada por especialistas en la materia.





I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
1. APGAR MENOR DE 7 AL MINUTO DE NACIDO.	<p>El método Apgar proporciona un excelente indice para evaluar la condición del niño al nacer. El mismo se basa en la evaluación de cinco signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Latidos cardiacos.</li> <li>.Esfuerzo respiratorio.</li> <li>.Tono muscular.</li> <li>.Reflejo de irritabilidad.</li> <li>.Color.</li> </ul> <p>Sharon R. Reeder p. 325.</p> <p>Un puntaje de apgar 4 - 6 identifica a aquellos neonatos que están cianoticos con respiración irre-</p>	<p>Problemas reales:</p> <p>Mayor incidencia de daños cerebrales por hipoxia.</p> <p>Mortalidad aumentada en casos de apgar 0-3 por hipoxia severa.</p> <p>Morbilidades repetidas por danos neurológicos.</p> <p>Incidencia alta de niños que requieren atención de rehabilitación larga.</p> <p>Mayor gasto de atención especializada.</p> <p>Mayor costo económi-</p>	<p>Se espera que:</p> <p>Con atención especializada inmediata se le brinde intervención de urgencia en dichos casos, lo cual disminuirá los posibles daños por hipoxia, asfixia y otros</p> <p>Los episodios de morbilidades no se dan tan frecuentes, si se les brinda atención eficiente y eficaz.</p> <p>Que el niño se restablezca en los 5 primeros minutos de vida, lo cual disminuye los daños a largo plazo y el costo económico.</p>	<p>La hipoxia intrauterina causa una taquicardia breve en el producto, e incremento de los movimientos, fenómenos seguidos por bradicardia y depresión. En el momento del parto el recién nacido puede presentar apgar bajo, menor de 3 puntos.</p> <p>Las anomalias en la conducta que presentan los recién nacidos sometidos a asfixia en el período neonatal inmediato se relaciona con secuelas a largo plazo. Estos niños con anomalias conductuales e hipotomías tienden</p>	<p>Vigilar de cerca al recién nacido que presentó apgar menor de 7.</p> <p>Observar respuesta y estado de conciencia de los niños.</p> <p>Determinar si el recién nacido superó o no las complicaciones por hipoxia severa o moderada.</p> <p>Avisar por cambio en estado general del niño con apgar menor de 7.</p> <p>Estimular a la madre adolescente y familiares a que acepten al niño.</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIENTE NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1	2	3	4	5	6
PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	PROBLEMAS USUALES	RESULTADOS ESPERADOS	EXPLICACION CIENTIFICA	ORDENES DE ENFERMERIA
	gular y disminución del tono muscular, reflejos de irritabilidad y un aumento del ritmo cardiaco inferior de 100 latidos por minuto. Este puntaje indica moderada depresión del neonato. Un puntaje de 0 - 3 revela una asficia severa en el neonato en el que hay que reconocer la necesidad inmediata de resucitación. En este caso el ritmo cardiaco estará por debajo de 80 latidos por minuto o inaudible y el niño estará pálido y en shock. Babson, Fernoll y Benda. p. 85.	co y social. Incidencia aumentada de niños con retraso mental. Problemas Potenciales o Probables Probables períodos de hospitalizaciones largas. Posible rechazo familiar al niño con problemas. Posible muerte en período neonatal o postneonatal. Posible aumento de incidencia de niños con retraso psicomotor y crecimiento y	Que el Niño se reestablezca y sea atendido según riesgo detectado. Con mejoría estado general del niño no permanezca hospitalizado por mucho tiempo. La madre adolescente y familiares acepten al niño en su estado actual y lo ayuden a superarlo. Que disminuya el riesgo de mortalidad del niño con apgar menor de 7 en el pe-	a tener tasa de mortalidad elevadas. Con frecuencia no es posible determinar un pronóstico preciso en los primeros días de vida, por lo que debe emitirse con precaución. Ralph C. Benson p.p. 820-821. El cambio progresivo del apgar de un infante que nació severamente deprimido es uno de los mayores predictores del pronóstico del infante. Medidas seriadas del apgar pueden ser usadas para evaluar el grado del daño resultante de la asficia	Orientar a la madre adolescente y familiares en cuanto a la atención que requiere el niño de riesgo. Vigilar al niño por: .Dificultad respiratoria. .asficia. .reacción intercostal. .inadecuada respuesta a estímulos externos. .Deglución y succión de leche materna. .estado de conciencia. .llanto. .eliminación. Llamar al equipo mé-

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS NIÑOS NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
		desarrollo.	río neonatal y in-utero o perinatal postneonatal con la atención oportuna.  Se espera que estos niños superen los daños y puedan alcanzar un desarrollo psicomotor adecuado a su situación actual  Disminuya la incidencia de retraso del crecimiento y desarrollo de los niños que presentaron apgar menor de 7.	Henry Kenipe. p. 44.	dico por complicaciones.  Vigilar por depresión, cianosis y flacidez en el niño de apgar menor de 7.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENEFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENEFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
<p>Factor de Riesgo</p> <hr/> <p>Apgar menor de 7 al minuto de nacido</p> <p>Diagnóstico de Enfermería</p> <hr/> <p>Predisposición a complicaciones por hipoxias moderadas o severas en el período neonatal y post-neonatal lo cual aumenta riesgos de mortimortalidad.</p>	<p>Un lactante moderadamente deprimido con índice apgar de 5-7 está cianótico con respiraciones lentas e irregulares, pero tiene un buen tono muscular y reflejos. El lactante intensamente deprimido con índice apgar de cuatro o menos se encuentra flácido, pálido o azulado apneico y tiene frecuencia cardiaca baja.</p> <p>El recién nacido prematuro puede tener una calificación de apgar bajo debido</p>	<p>1. Evaluar condición general del niño con apgar regular (4-6).</p>	<p>Enfermera Intrahospitalaria:</p> <p>Vigilar al niño por aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Depresión moderada del sistema nervioso o central</li> <li>.Flacidez muscular.</li> <li>.Cianosis.</li> <li>.Dificultad respiratoria aumentada.</li> <li>.Falta respuesta a estímulos externos.</li> <li>.Necesidad de aplicar oxígeno.</li> </ul> <p>Observar los diferentes reflejos según su condición.</p>		<p>El recuento de 4 - 6 puntos significa que el estado del niño es regular. Puede mostrar moderada depresión del sistema nervioso central, flacidez muscular y cianosis, la respiración puede estar afectada, lo cual amerita limpiar vías aéreas y administrar oxígeno. El golpeteo y frotamiento suaves puede constituir un estímulo adicional.</p> <p>Reeder y otros.p.547</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
	<p>a su menor tono muscular y fuerza, que da a tal cifra mucho menos valor en la prediccion de su evaluacion futura.            Ralph C. Benson p. 782.</p> <p>Los datos de estudios latinoamericanos muestran que la asfixia severa al nacer (puntaje de apgar de 0-3 al primer minuto) es seis veces mayor en los nacidos con bajo peso (13%) que en los de peso mayor o igual a 2500 gr.(2%). Al quinto minuto de vida el 50% de los ninios con bajo peso</p>	<p>2. Brindar atención de resucitación a niños con apgar de 0-3.</p>	<p>Ayudar al equipo médico en la resucitación inmediata.</p>		<p>Deberá estar presente un Pediatra especializado en la mecánica de la reanimación y la evaluación del recién nacido deprimido de cualquier peso o edad gestacional, durante el parto de todo bebe de alto riesgo. Lo ideal será que estuviera una enfermera de la unidad de cuidados intensivos neonatales en el parto del niño de alto riesgo. la meta básica de la reanimación se concentra en la oxigenación adecuada, control térmico, aspiración bucofaríngea y</p>
			<p>Mantener vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y respiración.</p>		
			<p>Succionar al niño PRN.</p>		
			<p>Vigilar si se da respiración pulmonar adecuada.</p>		
			<p>Evaluar respuesta muscular.</p>		
			<p>Restaurar función cardiovascular.</p>		
			<p>Administrar soluciones intravenosas or-</p>		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL ALTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
	al nacer (menos 2500 gr.) que nacieron severamente deprimidos continuó con asfixia grave (apgar 0-3), mientras que en los nacidos con peso igual o mayor a los 2500 gr. esta proporción fue del 10%. Ricardo Schwarcz. p.9.	3. Avisar a Ciudados Intensivos el envío del niño que así lo requiera.	denadas.  Vigilar por acidosis metabólica.  Vigilar por hipoglucemia.		nasofaríngea. La reanimación adecuada incluye limpieza de vías aéreas, ventilación adecuada, mantenimiento de la circulación que puede requerir masaje cardíaco. Ralph C. Benson p.p. 805-806.
			Llamar a sala de Ciudados Intensivos.  Preparar equipo e incubadora para el traslado del niño.		Cuando un niño debe ser trasladado de un centro a otro se harán todos los esfuerzos posibles para la seguridad de su transporte.
			Vigilar el funcionamiento de la incubadora en el trayecto.		Generalmente, se utilizan incubadoras especiales construidas de forma que manten-

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL ALTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENITFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENITFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Llevar maletin de primeros auxilios.		gan la temperatura y permitan la adminis- tración de oxigeno. Es necesario que la enfermera que acom- paña al niño sea com- petente en técnica de resucitación. Como en el caso de Ciudados Intensivos la atención se basa en mantener la tem- peratura, prevenir la infección y mante- ner la respiración y nutrición del niño. Reeder. p. 538.
		4. Orientar a la madre adolescente y familiares so- bre observación del niño con ap- gar menor de 7.	Educar a la madre adolescente y fami- liares sobre: .Complicaciones que pueden presentarse	Asistir a programas educativos brindados en el Hospital.  Observar al niño por cambios en res-	El recién nacido que ha sufrido lesión del sistema nervioso cen- tral requiere cuida- dos especiales y ob- servación.



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			<p>.Dificultad respiratoria.            .Depresión            .Dificultad para alimentarlo por boca.            .Disminución de la frecuencia cardiopulmonar.            .Cianosis y flacidez            .Falta respuesta a estímulos externos y otros.</p>	<p>piración, cianosis, depresión, flacidez y otros.            Avisar al equipo de salud por cambios.</p>	<p>Las anomalías por asfixia en el período neonatal inmediato se relacionan con secuelas a largo plazo que incluyen dificultad para la alimentación, períodos de cianosis y apneas, letargo, convulsiones, inestabilidad térmica, vómitos persistentes y otros.            Ralph C. Benson p. 821.</p>
			<p>Brindar educación programada sobre complicaciones del recién nacido de riesgo.</p>		<p>Frecuentemente se requieren consultas y revaloraciones frecuentes por lo cual, debe explicársele a los padres.</p>
			<p>Bajo peso.</p>		
			<p>Prematuro.</p>		<p>Los bebés con anomalías conductuales e</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DEFECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Pequeños para edad gestacional y otros.  Apgar bajo y regular.		hipotermias tienden a tener tasas de morbi-mortalidad elevadas. Los niños prematuros tienen mayor capacidad para tolerar la hipoxia que los niños a término. Ralph C. Benson p. 821.
			Enfermera Extrahospitalaria.		
1. Promover captación temprana del recién nacido por apgar menor de 7.		Orientar a la población en general sobre la atención del niño con riesgo por hipoxias moderadas y severas.	Acudir a controles de salud de alto riesgo.	Asistir a controles de niño sano.	El recién nacido que ha sufrido lesión del sistema nervioso central requiere cuidados especiales y observación. Ralph C. Benson p. 821.
		Planear visitas domiciliarias a niños de alto riesgo.			La visita domiciliaria será efectuada

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Coordinar captación del recién nacido de riesgo con otro personal del equipo de salud. .Médico-enfermera. .Trabajadora Social .Psicóloga .Educador para la salud. .Laboratorista .Secretaria y otros.	por el personal de enfermería tomando en cuenta priorida- des de niños inasis- tentes de alto ries- go, captación de re- cién nacidos inasis- tentes a controles de salud y otros.  Normas Técnico-Admi- nistrativas del Pro- grama Infantil. p.14  En la labor de infor- mación, orientación, promoción y educa- ción deben partici- par todo el equipo de salud. Normas Técnico-Admi- nistrativas del Pro- grama Infantil. p.3	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENETIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENETIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		2. Educar a la madre adolescente y familiares sobre las posibles complicaciones del niño de riesgo.	Orientar sobre signos y síntomas de complicaciones por hipoxia, cianosis, depresión y otros.  Orientar sobre importancia de controles de salud.  Explicar importancia de atención con especialistas. .Psicóloga. .Maestros Estimulación precoz. .Personal del IPHE. .Terapia y lenguaje y otros.	Asistir a los programas educativos sobre complicaciones del niño de riesgo.  Asistir a controles de salud.  Buscar orientación y guía de los diferentes profesionales según el problema o causa.  Asistir a citas con especialistas.	Orientar a los padres sobre la atención precoz de la morbilidad infantil de acuerdo a la accesibilidad y enseñarles a identificar precozmente signos de riesgos en el niño, es importante. Normas Técnico-Administrativas del Programa Infantil. p.4
		3. Brindar atención integral al recién nacido	Realizar atención con base al riesgo.	Vigilar desarrollo psicomotor del niño	Dentro de los objetivos del Programa

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENLIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENLIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		nacido con riesgo por apgar menor de 7.	Vigilar respuestas según desarrollo psicomotor.	según lo indicado en citas.	de Salud Infantil se hace mención a:
			Realizar valoración física completa.	Avisar al equipo de salud sobre cambios que presente el niño.	Promover la salud infantil mediante la educación a la familia sobre las medidas de prevención, los cui- dados generales de
			Evaluar estado de salud del niño.	Mantener al niño limpio y comodo.	crecimiento físico, la higiene, la nutri- ción y la estimula- ción temprana del ni- ño.
			Observar higiene personal.	Brindarle buena ali- mentación según su condición.	Al igual que plantea detectar precozmente los riesgos y tras- tornos que pueden afectar la salud in- fantil.
			Evaluar nutrición del niño.		Normas Técnico-Admi- nistrativas del Pro- grama Infantil. p.1
			Evaluar los diferen- tes reflejos del re- cien nacido.		

I. PLAN DE ATENCIÓN SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
2. Partos Prematuros con menos de 37 semanas de gestación.	<p>Es difícil deslindar por completo los factores asociados con la prematuridad de los relacionados con el bajo peso al nacer.</p> <p>La incidencia de ciertos riesgos neonatales varía con el peso al nacer, la edad gestacional y el peso en relación con la edad gestacional.</p> <p>Existe una correlación directa entre la prematuridad y el bajo peso al nacer con un nivel socioeconómico bajo.</p>	<p>Problemas Reales:</p> <p>Mayor incidencia de morbi - mortalidad neonatal.</p> <p>Mayor riesgo asociado con bajo peso al nacer.</p> <p>Mayor incidencia de dificultad respiratoria.</p> <p>Mayor riesgo por hospitalizaciones largas.</p> <p>Mayor gasto en atención por rehabilitación y atención especializada.</p>	<p>Se espera que:</p> <p>La incidencia por morbilidad disminuya en el período neonatal.</p> <p>Con atención oportuna y adecuada se disminuyan las complicaciones.</p> <p>Si no hay complicaciones el tiempo de hospitalización disminuya y por ende, también el gasto económico.</p>	<p>Los niños nacidos prematuramente antes de la 37a. semanas de gestación corren un mayor riesgo de muerte independientemente de su peso al nacer.</p> <p>Esto se debe en parte a que biológicamente son menos maduros y en parte a que tienen dificultad para mamar.</p> <p>La duración del período de gestación y el peso al nacer tienen efectos separados, pero acumulativos sobre la mortalidad infantil.</p>	<p>- Vigilar condición general del niño prematuro.</p> <p>- Evaluar por signos o síntomas de complicaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Dificultad respiratoria.</li> <li>.Hemorragias.</li> <li>.Síndrome de Aspiración.</li> <li>.Apnea recurrente.</li> <li>.Hipoglucemia.</li> <li>.Anemias.</li> <li>.Alteraciones neurológicas.</li> <li>.Hipotermia.</li> <li>.Sepsis y otros.</li> </ul> <p>- Orientar a la madre adolescente sobre posibles complicaciones en el esta-</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
	<p>Otros factores encontrados con mayor frecuencia son: embarazos en adolescentes, intervalos cortos entre gestaciones, ilegitimidad y otros.</p> <p>Behrman-Vaughan y Nelson. p.356-357.</p> <p>Las patologías de mayor importancia clínica asociadas a la prematuridad son: la dificultad respiratoria (enfermedad de la membrana hialina, hemorragia pulmonar, el síndrome de aspiración, la neumonía congénita y el neumotórax), la apnea recurrente, la hiperbi-</p>	<p>Problemas potenciales o probables:</p> <p>Probable dificultad en alimentación.</p> <p>Posible dificultad en ganancia de peso.</p> <p>Probables episodios de apneas.</p> <p>Posibles estados de anemia.</p>	<p>Se espera que:</p> <p>Niño logre aceptar y digerir la leche materna.</p> <p>Con buena alimentación gane el peso corporal normal.</p> <p>Con atención adecuada de equipo médico y material se le proporcione mejor vigilancia a períodos de apneas por complicaciones.</p> <p>Con buena alimentación y cuidados el niño no presenta problemas graves por anemias o complicaciones secundarias.</p>	<p>Ward Rinehart, Adrienne Kols, p. 33.</p> <p>Las principales causas de muerte entre los recién nacidos pretérminos son: asfixia, trauma obstétrico, malformaciones congénitas, enfermedad de membrana hialina, septicemia y la hemorragia intraventricular.</p> <p>Behrman-Vaughan y Nelson. p. 358.</p> <p>En estudio checoslovaco, los niños prematuros de bajo peso al nacer tenían 2.8 veces más probabilidades de ser hijos</p>	<p>do del niño y que avise al personal médico.</p> <p>- Brindar guía y orientación a madre adolescente sobre referencias intrahospitalarias y extrahospitalarias.</p> <p>- Vigilar estado de conciencia y respuesta a estímulos externos del niño.</p> <p>- Observar y avisar aceptación o no de lactancia materna.</p> <p>- Brindar períodos de descanso y sueño.</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
	<p>lirrubinemia, la anemia, alteraciones neurológicas relacionadas con anoxias cerebral, hipotermia, sepsis bacteriana y otros.</p> <p>Bertman - Vaughan y Nelson. p. 358 - 359.</p>			<p>de madres de menos de 18 años que los niños nacidos a término y de peso normal.</p> <p>Ward Rinehart y Adrienne Kals. p. 34</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener piel limpia y seca.</li> <li>- Cambiar de posición cada 2-3 horas.</li> <li>- Observar estado de hidratación general.</li> <li>- Orientar a madre sobre aseo o limpieza de los senos.</li> <li>- Vigilar número y consistencia de evacuaciones del recién nacido.</li> </ul>



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENITFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR FOR:		5 EXPLICACION CIENITFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
<p>FACTOR DE RIESGO</p> <p>Partos prematuros (menos de 37 semanas de gestación).</p>	<p>Los lactantes que nacen prematuramente constituyen la mayor proporción de los recién nacidos que se encuentran en riesgo.</p>	<p>1. Prevenir posibles complicaciones por morbilidad del niño prematuro</p>	<p>Enfermera Intrahospitalaria</p> <p>Evaluar por cambios en el estado de salud del niño prematuro.</p>	<p>Vigilar al niño prematuro por cambio en su estado general.</p>	<p>La mayoría de los problemas presentados por el niño prematuro se deben a la dificultad para adaptarse a la vida extra uterina y a la inmadurez de sus órganos y sistemas.</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</p> <p>Predisposición del recién nacido de madres adolescentes a un aumento de morbi-mortalidad causada por premadurez (que en gran parte se debe a inmadurez funcional anatómica de diversos órganos).</p>	<p>Presentan dificultad en la alimentación por signos de aspiración, inmadurez de los procesos metabólicos, alteraciones metabólicas mayor susceptibilidad a infecciones, menor capacidad a mantener temperatura corporal, capacidad limitada de excreción e inmadurez pulmonar y otros.</p> <p>Ralph C. Benson. P. 806 - 807</p>	<p>1. Prevenir posibles complicaciones por morbilidad del niño prematuro</p>	<p>Vigilar por problemas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Problemas respiratorios.</li> <li>-Problemas cardiovasculares y hematológicos.</li> <li>-Problemas nutricionales y gastrointestinales.</li> </ul>	<p>Observar al niño prematuro por dificultad respiratoria asfixias o período de apnea.</p> <p>Observar por cambio o sangrado en el niño prematuro.</p> <p>Vigilar aceptación e ingesta de alimentos en el niño prematuro.</p>	<p>Los niños prematuros presentan dificultad respiratoria que pueden aparecer primero como asfixias. La apnea se da por la inmadurez en el control de respiraciones y la membrana hiliaria ocurrirá por deficiencia de surfactante.</p> <p>Reeder, p. 1012.</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
	<p>El grupo de niños pretérminos es uno de los más grandes dentro de la categoría de riesgo medio, tomando en cuenta que entre el 5% y 7% del mismo y que presentan mortalidad que depende del grado de madurez.</p>				<p>Estarán sujetos a hipovolemia porque la pérdida de sangre es exagerada para su tamaño pequeño. Reeder, p. 1013</p>
	<p>De estos infantes con menos de 32 semanas y usualmente con un peso menor de 1,600 gramos deben ser atendidos con cuidados intensivos neonatales. Babson, Fernoll y Benda. p. 109</p>		<p>Problemas metabólicos.</p>	<p>Observar por alteraciones en respuestas a estímulos del niño prematuro.</p>	<p>La anemia y hemorragias son frecuentes.</p> <p>Presentan problemas nutricionales porque ellos requieren atención específica para el tipo, cantidad y rutina de alimentación. Reeder, p. 1014</p> <p>Pueden presentar hipocalcemia o pueden presentar enfermedades en los huesos del prematuro. Los</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			.Problemas renales	Vigilar cambios en coloración por ictericia en el niño prematuro.  Observar al niño prematuro por deshidratación.  Vigilar número y cantidad de líquidos perdido, ya sea por orina, heces, vómitos y otros.	niños con hiperbilirrubinemia necesitarán especial atención, porque niveles bajos de bilirrubina serán tóxicas para el sistema nervioso de los infantes muy inmaduros. Reeder, p. 1015.  El prematuro se caracteriza por tener una baja filtración glomerular y por irabilidad para mantener agua, solutos y otras sustancias, esto hace que los fluidos y electrolitos sean difíciles de mantener. Reeder, p.1015

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENEFICA	3 OBJEIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENEFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			.Inadecuada regula- cion de temperatu- ra.  .Infecciones recu- rrentes.	Vigilar por aumento o disminucion de temperatura corpo- ral de prematuro.  Avisar por infeccio- nes recurrentes en el niño prematuro.	Los prematuros son susceptibles a hipo- termia e hiperter- mia. Por ser inama- duros su mecanismo inmunológico es ina- decuado por lo que estos prematuros tienen riesgo eleva- do por infecciones. Reeder, p. 1014
		2. Orientar a madres adolescentes sobre los cuidados que re- quiere el niño pre- maturo.	Enseñar a la madre adolescente como rea- lizar aseo corporal del niño prematuro.	Realizar aseo corpo- ral del niño prema- turo.	La enfermera debe enseñar a la madre los principios bási- cos del baño del ni- ño.  La limpieza diaria del bebé constituye una oportunidad ex- celente para hacer las observaciones necesarias en el

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENITFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENITFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
					período postnatal. Reeder, Mastroianni y Martin. p. 718 y 716.
		Indicar la importan- cia de mantener al niño prematuro lim- pio y seco.	Mantener al niño limpio y seco.	Mantener al niño abrigado para evitar frialdad.	Al realizar el bano es importante que cada área del cuerpo del niño sea lavada y secada. Se debe prestar atención particular en esto ya que evita frial- dad en el niño pre- maturo.
		Indicar importancia de vigilar ganancia de peso corporal.	Observar al niño por pérdida de peso, ina- petencia de alimenta- ción y deshidrata- ción.		El niño debe ser pe- sado el día que nace y después, diariam- te o cada tercer día mientras este en el

1  
3  
5  
3  
1

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
					hospital o según or- den médica. Estos datos del peso deben ser registrados por escrito y en forma exacta. Reeder, Mastroianni y Martin. p. 723
			Orientar a madres adolescentes sobre importancia de la estimulación del ni- ño prematuro.	Realizar estimula- ción sensitiva en el niño.  Observar reacción del niño a estos es- tímulos.  Avisar al equipo mé- dico por signos o síntomas de compli- caciones.	La estimulación del niño es una conse- cuencia importante de sus cuidados fí- sicos cuando se ex- pone al niño a la estimulación sensi- tiva, aumenta su ca- pacidad mental, cre- cimiento neuromuscu- lar, el funciona- miento gastrointes- tinal se intensifica y hay una ganancia ponderal más rápida

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OHEM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Brindar lactancia materna a aquéllos niños prematuros que su condición así lo permita.	Observar aceptación del niño de la lactancia materna.  Vigilar reflejo de succión y deglución  Avisar al equipo médico por cambios: asfixia, dificultad respiratoria y otros.	e interacciones madre-hijo más placentera. Reeder, Mastroianni y Martin. p. 726.  El Comité sobre feto y neonato de la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda iniciar el amamantamiento tan pronto sea posible después del parto. Reeder, Mastroianni y Martin. p. 740  Debido a la respiración irregular y a la falta de desarrollo de la función de degluir, hay peligro de aspiración de leche o vómito que

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AJIO CUIDADO DE DORCIHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	

puede causar cianosis y predisposición a infecciones pulmonares.

Por esto hay que evaluar el tipo de alimentación que se les dará.

Reeder. p. 533-533.

En la alimentación de niños prematuros de cualquier peso el fin no solo es obtener una ingesta calórica adecuada sino también equilibrar la ingestión de carbohidratos, aminoácidos y grasas.  
 Ralph C. Benson  
 p. 807.

1  
3  
5  
6  
1

3. Indicar importancia de controles de salud - Orientar sobre citas de controles de salud - Asistir a citas de controles de salud - La enfermera es la persona clave para



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		de salud.	lud; intrahospitalarias y extrahospitalarias.  Dar a conocer las diferentes instituciones y programas que le brindan atención al niño prematuro.	intra y extra hospitalaria.  Conocer las diferentes instituciones y programas a las cuales tendrá que asistir su niño.	asistir a los niños de riesgos y que utilicen al máximo sus recursos en la lucha por vivir y desarrollarse, al igual que en la prevención del desarrollo de complicaciones externas que disminuirían más sus posibilidades de vivir. Reeder, p. 536.
		4. Brindar períodos de comodidad y descanso al niño prematuro.	Mantener al niño cómodo con ropa adecuada.  Mantener un ambiente sin exceso de ruidos	Tener al niño prematuro con ropa de cama adecuada.  Mantener un medio ambiente tranquilo.	El niño necesita reposo y sueño con el mínimo de manipulación, si su estado es adecuado y cómodo por lo regular puede dormir gran parte

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Observar que el niño prematuro tenga períodos de sueño y descanso entre comidas.	Vigilar que el niño prematuro duerma y descanse en el transcurso del día.	del tiempo y despertar y llorar cuando tiene hambre y está incómodo.
				Avisar cambios de irritabilidad o poca actividad en el niño.	Reacciona con tanta facilidad a los estímulos externos que ello puede ocasionarle inquietud, de modo que adquieren importancia sus ropas y recubrimientos. Reeder, Mastroianni y Martin. p. 723.
			ENFERMERA EXTRA HOSPITALARIA		
		1. Programar visitas domiciliarias al recién nacido prematuro.	Planear visitas domiciliarias a prematuros inasistentes.  Realizar visitas do-	Asistir a controles de salud en su centro médico más cercano.	Una trabajadora social o una enfermera visitante puede ser importante para ayudar a la madre a

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL ALTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR FOR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			miciliarias según condición del prema- turo captado.	Brindar información del niño prematuro al personal médico.	que cuide a su niño y que ayude a resol- ver los problemas especiales.
			Valorar medio ambien- te del hogar del ni- ño prematuro.	Mantener saneamiento ambiental de la casa.	Los efectos de las características fa- miliares y el estado
			Observar aceptación del prematuro por parte de familiares y padres del niño.	Aceptar al niño como miembro de la fami- lia y brindarle la protección, amor afecto y atención que requiere el niño prematuro.	socio-económico so- bre las capacidades psicomotrices de los recién nacidos de alto riesgo deben recordarse durante las consultas de control.
			Familiarizarse con los padres del niño prematuro.	Llevar al niño a controles de salud y morbilidad según necesidad.	Ralph C. Benson p. 609.
			Referir al niño pre- maturo a citas por controles o morbili- dad detectada.		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		2. Promover charlas educativas a grupos de madres con niños prematuros.	Brindar orientación y guía a madres y familiares del prematuro.	Asistir a charlas educativas con otros familiares y participar en las mismas.	Si el niño esta enfermo es importante explorar la idea que tienen los padres acerca de la misma y sus causas.
			Proporcionar asesoría y apoyo para aliviar angustia de padres.	Buscar asesoría y apoyo en el personal del equipo de salud.	La madre adolescente, especialmente cuando es soltera, necesitara atención y aprendizaje que le ayuden a asumir las responsabilidades de la maternidad.
			Orientar sobre la nutrición del niño prematuro según su condición.	Brindar alimentación al niño prematuro según sus requerimientos.	Ralph C. Benson p.799
			Orientar a madres y familiares sobre importancia de estímulos externos en el crecimiento y desarrollo del niño prematuro.	Brindar atención integral al prematuro y orientar a otros familiares también.	La estimulación del niño es importante en su cuidado físico cuando se expone al niño a una estimulación sensitiva apropiada se puede mejorar capacidad mental se acelera crecimiento.
			Vigilar el desarrollo psico motor del niño prematuro.	Aprender y estimular al niño prematuro para que logre un adecuado crecimiento y desarrollo.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DORCIHEA E. OREM

1	2	3	4		5
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECCADO	EXPLICACION CIENTIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	ACCIONES A REALIZAR POR:		EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	

cuanto a estimulación precoz y otros. la estimulación precoz.

Orientar a la madre sobre la función de otros miembros del equipo de salud como lo son: Conocer los diferentes miembros del equipo de salud y sus funciones en la atención de salud.

- .Pediatría
- .Psicología
- .Nutricionista
- .Maestra estimulación temprana.
- .Maestra de terapia y lenguaje.
- .Orientador para la salud.
- .Enfermeras de diferentes programas.
- .Auxiliares de Enfermería del Programa Infantil.
- .Secretaria del Programa Infantil y Otros.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. CREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		4. Brindar atención de salud al prematuro con base al riesgo.	Orientar a madre sobre citas y los controles de salud y por morbilidad.	Asistir a citas de controles de salud y/o morbilidad según condición del niño.	Durante su estancia en el hospital la enfermera seguirá evaluando las necesidades de la familia en cuanto a planificación y cuidado del niño en su hogar.
			Orientar a madre y familiares sobre posibles complicaciones del niño prematuro como niño de alto riesgo.	Saber las posibles complicaciones a que esta expuesto el niño prematuro con riesgo.	Algunas madres novatas especialmente las inexpertas, pueden beneficiarse con la visita de una organización comunitaria de salud o médica para mantener los cuidados que requieren tanto ella como el niño.
			Disminuir morbi-mortalidad del recién nacido prematuro con atención especializada en todo transcurso del período neonatal y post-natal.	Brindar atención adecuada y oportuna el prematuro lo cual redundará en disminuir los posibles períodos de morbi-mortalidad neonatal.	A veces conviene que algunas familias con
			Orientar a madre y familiares sobre la	Conocer los diferentes niveles de atención que se le brinda el recién nacido	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			atención de salud, según niveles de atención y complejidad.	de riesgo según su condición o estado.	problemas económicos acuden por ayuda a organizaciones idóneas.
					La enfermera debe comentar con la madre los planes para la vigilancia de la salud del niño. Reeder y otros. p. 726.
		5. Programar atención de la población de niños de alto riesgo en su comunidad.	Planear programación anual con población de prematuros existentes en el área.		Es muy importante la vigilancia a largo plazo especialmente en niños egresados de salas de lactantes de segundo y tercer nivel, debido a la gran frecuencia de problemas signifi-
			Evaluar mortalidad de dicho grupo anual.		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			<p>Evaluar atención brindada según factores de riesgo detectados en dichos prematuros.</p>		<p>cativos que se presentan posteriormente.</p>
			<p>Reestructurar planes de atención según su efectividad o no.</p>		<p>La detección temprana de estos problemas y su tratamiento adecuado mejora la evolución.</p>
			<p>Evaluar logros y problemas detectados en el año.</p>		<p>Se necesitan programas de rehabilitación del lactante minusválido estructurados de manera que hagan participar a la familia.</p>
			<p>Dar a conocer resultados a todos los miembros del equipo de salud y otros programas de salud.</p>		<p>Ralph C. Benson, p. 909.</p>
					<p>La evaluación eficiente incluye una estimación de los</p>



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1	2	3	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	EXPLICACION CIENTIFICA

6. Promover las investigaciones de grupos de recién nacidos de riesgo (prematuros, bajo peso y otros).

Realizar investigaciones con poblaciones de riesgo.

Promover participacion de otros miembros del equipo de salud en investigaciones.

Dar a conocer los resultados obtenidos a grupo del equipo de salud y miembros de la comunidad.

resultados de las actividades asistencia futura.  
 Reeder y otros. p.15

La investigación operacional se ha convertido en un importante instrumento utilizado en los programas de salud para mejorar la prestación de servicios.

Es importante dar a conocer las experiencias y los resultados obtenidos.  
 Normas Técnico Administrativas del Programa Infantil.  
 Capitulo V., p.1 y 6

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER EN LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
3. Madres menores de 15 años.	<p>Los riesgos maternos fetal y neonatal son más altos cuando la embarazada es muy joven.</p> <p>La concepción en mujer menor de 16 años se asocia con una creciente tasa de muerte perinatal y mas del 18% de los partos ocurren en este grupo de edad. En la actualidad cada vez es mayor el número de nacimientos en el grupo etareo de los adolescentes, el único que no ha presentado disminución en la tasa de natalidad</p> <p>Ralph C. Benson p. 604.</p>	<p>Problemas Reales:</p> <p>Morbilidad aumentada del recién nacido al nacer.</p> <p>Mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso y niños prematuros.</p> <p>Mayor incidencia en morbilidad materna.</p> <p>Mayor incidencia de anemia y desnutrición materna-fetal.</p>	<p>Se espera que:</p> <p>El recién nacido supere el problema o morbilidad presentada con atención adecuada y oportuna.</p> <p>Que con un mejor control prenatal con base al riesgo disminuya la incidencia del niño con bajo peso y niños prematuros.</p> <p>Disminuya morbilidad materna.</p> <p>Que disminuya la proporción de madres adolescentes y recién nacidos con anemia y desnutri-</p>	<p>Los embarazos que ocurren antes de que la mujer cumpla los 18 años de edad pueden dar origen a una variedad de problemas de salud, algunos pueden causar danos irreversibles al niño y representar una carga permanente para la familia o la sociedad.</p> <p>Los problemas más importantes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Nutrición deficiente durante la niñez</li> <li>. Episodios frecuentes de enfermedades infecciosas.</li> <li>. Crecimiento físico y desarrollo más lento.</li> </ul>	<p>Evaluar estado general del recién nacido.</p> <p>Establecer diagnóstico de enfermería según la morbilidad presentada.</p> <p>Brindar atención de soporte o asistencial según el estado de salud de la madre-hijo.</p> <p>Vigilar de cerca al recién nacido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dificultad respiratoria.</li> <li>. Aumento o disminución de temperatura corporal.</li> <li>. Rechazo o mala</li> </ul>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER EN LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
<p>La tasa de mortalidad entre las madres mas jovenes son mucho más elevadas que las que indican las tasas de mortalidad aplicadas a todas las mujeres menores de 20 años.</p>	<p>Uno de los problemas principales es que la madre demasiado</p>	<p>Problemas posibles y probables: -Posible retraso del desarrollo y crecimiento de estos recién nacidos. -Probable presencia de morbilidades repetidas en el recién nacido. -Posible atención en programas de alto</p>	<p>ción.  Que el recién nacido logre superar su retraso en crecimiento y desarrollo.  El recién nacido logre y mantenga una adecuada adaptación al medio externo manteniendo: .Oxigenación normal. .Temperatura corporal.</p>	<p>. Mayor riesgo de anomalías congénitas. . Menor inteligencia y rendimiento escolar más bajo.  Ward Rinehart, Adrienne Kols, p.22. Sharon R. Reeder, p. 52  Los embarazos de adolescentes tienen más probabilidades de presentar riesgos mortales como hemorragias e hipertensión arterial. Los partos muy seguidos pueden contribuir a la malnutrición y a otros problemas de salud tanto de la madre como de su</p>	<p>ingesta de lactancia materna. . Deshidratación. . Inadecuado desarrollo psicomotor. . Inadecuada respuesta a estímulos externos.  Orientar a la madre adolescente sobre el estado general del recién nacido que deberá vigilar.  Establecer buena comunicación y confianza con la madre adolescente.</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD AL NACER  
EN LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENITIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENITIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
<p>jóven aún no ha terminado de crecer y por consiguiente, su pelvis es relativamente pequeña y el parto, a menudo, presenta obstrucción fetal.</p>	<p>Ward Rinehart y Adrienne Kols. p.20.</p>	<p>riesgo y rehabilitacion del recién nacido.</p>	<p>.Ingesta la lactancia materna. .Logre adecuado intercambio de electrolitos. .Estabilidad cardio pulmonar. .Buena respuesta a estímulos externos.</p>	<p>hijo. Ward Rinehart y Adrienne Kols. p.33.</p>	<p>Que su estado no requiera períodos largos de rehabilitación.</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
<p>FACTOR DE RIESGO: Madres menores de 15 años de edad.</p>	<p>Una de las mayores preocupaciones para la sociedad actual es el embarazo en adolescentes.</p>	<p>1. Prevenir complicaciones en el período del puerperio inmediato y tardío.</p>	<p>Enfermera Intra-hospitalaria: Orientar a las madres adolescentes sobre las posibles complicaciones del período puerperal, sangrado, infecciones, dolor, fiebres y otros.</p>	<p>Ser capaz de: Aprender y poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre:                      .Posibles complicaciones período puerperal (sangrado, infecciones, dolores, fiebre, depresión y otros).                      .Dar lactancia materna los 4-6 meses.                      .Realizar aseo corporal p.m.                      .Asistir ella y su recién nacido a los controles de salud.                      .Iniciar planificación familiar temprana.</p>	<p>En algunos casos las enfermedades específicas del embarazo y el puerperio pueden poner en peligro la vida, por eso es importante considerar la interacción de los cambios anatómicos, y funcionales del puerperio, y las complicaciones médicas y quirúrgicas previas del embarazo.                      Hay alteraciones que se deben a complicaciones del trabajo de parto, administración de medicamentos y otros.                      Ralph C. Benson                      P. 830</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:  Predisposición de madres adolescentes a presentar complicaciones, las cuales aumentan sus riesgos de morbilidad y los de su recién nacido.</p>	<p>Los riesgos de morbilidad neonatal son, en el período en que los factores biológicos relacionados con el embarazo, los principales determinantes de la supervivencia, son mucho más elevados para los hijos de madres muy jóvenes.                      El mayor riesgo de bajo peso al nacer</p>		<p>Brindar educación sobre:                      .Lactancia materna.                      .Higiene del perine                      .Atención del recién nacido.                      .Aseo corporal.                      .Evaluación psicomotora del niño.                      .Importancia de los controles de salud 7 días, 15 días y</p>		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUJO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENITIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENITIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
	<p>puede ser el aspecto médico de mayor importancia en el embarazo de la adolescente.</p> <p>Sharon Reeder, p.52-53</p> <p>El mayor riesgo de mortalidad es solo uno de los peligros que enfrenta el niño de bajo peso. Hay relación en la incidencia de parálisis por lesiones cerebrales, epilepsia, retraso mental y el mayor riesgo por sordera y ceguera.</p> <p>Sharon R. Reeder. P. 52-53</p>	<p>2. Vigilar estado de salud del binomio madre adolescente-recién nacido en la sala.</p>	<p>30 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Planificación familiar</li> <li>.Vacunación del niño.</li> <li>.Indicar los riesgos de morbi-mortalidad para las madres adolescentes y sus recién nacidos.</li> <li>.Realizar rondas con objetivos cada 2 horas a las madres adolescentes y sus hijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Evaluar su estado de salud y del recién nacido para buscar guía, ayuda y atención adecuada.</li> </ul> <p>Debe ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Indicar al personal de enfermería cualquier cambio o molestia en su estado general y el del niño.</li> </ul>	<p>La sepsis o infección si bien no está relacionada directamente con la edad materna o la paridad puede acompañar cualquiera de las complicaciones del parto.</p> <p>La hemorragia postparto es el trastorno hemorrágico más común, es causado por atonía uterina.</p> <p>Las evaluaciones deben realizarse frecuentemente mientras dure su permanencia intrahospitalaria.</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOMITHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
<p>Hay mayor riesgo de complicaciones de embarazo en madres muy jovenes incluyendo toxemia, parto laborioso y anemia por deficiencia de hierro.</p> <p>Sharon R. Reeder. P. 52.</p> <p>Las dietas pobres, atención prenatal inadecuada, falta de madurez física como emocional, son probablemente factores contribuyentes.</p> <p>Sharon Reeder, p. 53.</p>		<p>3.Orientar a las madres adolescentes sobre posibles cambios en su estado de salud o del recién nacido hospitalizado.</p>	<p>Observar Estados General de la Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Estado de conciencia.</li> <li>.Orientación en tiempo, lugar y espacio.</li> <li>.Loquios</li> <li>.Involucion uterina</li> <li>.Lactancia materna.</li> <li>.Aceptación o rechazo del hijo.</li> <li>.Deambulación temprana.</li> <li>.Eliminación temprana.</li> <li>.Períodos de sueño y descanso.</li> <li>.Signos vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Mantenerse orientada en cuanto a tiempo, lugar y espacio.</li> <li>.Indicar cambios en cuanto a sangrado, dolor, cólicos y otros.</li> <li>.Iniciar lactancia materna adecuada.</li> <li>.Ingerir sus alimentos en cada comida.</li> <li>.Brindar amor-afecto a su hijo.</li> <li>.Deambular temprano.</li> <li>.Indicar si puede defecar y orinar.</li> <li>.Descansar y dormir</li> <li>.Avisar los cambios por aumento o disminución de temperatura, aumento del pulso, taquicardia, disnea y otros, al personal médico.</li> </ul>	<p>Quando menos, en cada cambio de turno de enfermería se deben evaluar signos vitales, actividad general, cambios de color, alimentación y otros a madres adolescentes y su hijo.</p> <p>Reeder, p. 674</p> <p>Se orienta a evaluar el estado físico de la mujer. La enfermera debe observar los cambios en los senos, altura y consistencia del fondo uterino, las características, el volumen y color de los loquios, el estado del perineo e inci-</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1	2	3	4		6
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	ACCIONES A REALIZAR POR:		EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	

sión de episiotomía.  
 Reeder, p. 658.

Al igual que es importante la ambulación temprana en el puerperio inmediato de la mujer.

Hay que instar a la mujer a que orine en término de seis a ocho horas después del parto.  
 Reeder, p. 660-662

Durante el puerperio la mujer necesita reposo abundante y se le instara a relajarse y dormir el mayor tiempo posible  
 Reeder, p. 658.



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROITHEA E. GRIM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
<p>La inquietud principal se concentra más en los factores sociales que los biológicos.</p> <p>Sharon Reeder, p.53.</p>		<p>Observar en el estado general del Niño:          .Apariencia física.          .Respuesta a estímulos externos.          .Llanto.          .Aceptación de la lactancia materna.          .Dificultad de los diferentes sistemas cardiopulmonar, digestivo, respirato-</p>	<p>Evaluar estado general de su hijo que comprende:          .Respuesta a estímulos externos.          .Buen llanto.          .Buena ingesta y lactancia materna.          .Mantenerlo limpio y seco.          .Mantener vías aéreas limpias y ven-</p>	<p>Dentro de las observaciones diarias es importante vigilar y anotar datos como la temperatura, pulso y respiración que ocurren normalmente en el puerperio.          Reeder, p. 658.</p> <p>Con frecuencia las primeras horas de vida, para los recién nacidos de riesgo, es importante ya que de ello dependerá el resultado final.</p> <p>Estos niños de riesgo necesitan calor, cuidado físico meti-</p>	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. QREM

1	2	3	ACCIONES A REALIZAR POR:		6
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	EXPLICACION CIENTIFICA
La atención materna deficiente o la pobreza pueden explicar el motivo de que persista el alto riesgo a lo largo del período post-neonatal.	Ward Rinehart y Adrienne Kols, p.31.	4. indicar importancia de asistencia a controles de salud.	rio. .Eliminación. .Temperatura corporal. .Descanso y sueño adecuado. .Limpieza del ombligo.	tilado. .Vigilar evacuaciones del niño y eliminación vesical. .Vigilar temperatura corporal. .Proporcionar períodos de sueño y descanso del niño. .Mantener limpieza del ombligo.	culoso, suavidad en su manejo, alimentación precisa, cuidadosa y protección contra la infección.  Sharon Reeder, p.536.  La enfermera es la persona clave para asistir a los niños de riesgos y que utilicen al máximo sus recursos en la lucha por vivir y desarrollarse y en la prevención del desarrollo de complicaciones externas que disminuiría aún
			.Orientar sobre referencias de salida tanto de ella como del niño.	Asistir a los controles de salud con sus respectivas referencias.	
			.Orientar sobre controles del período puerperal.	Reconocer importancia de control puerperal.	
			15 días - 30 días y control de salud del recién nacido 7-15 -	Llevar al recién nacido a sus controles de salud.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1	2	3	4		6
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	ACCIONES A REALIZAR POR:		EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			30 días.		mas sus posibilidades de vivir. Sharon Reeder, p.356
		5. Establecer importancia de vacunación del recién nacido y madre adolescente.	.Orientar sobre vacunas de Polio y BCG al niño.		Segun normas del programa infantil se aplicará las dosis de vacunas correspondientes de acuerdo a las normas de vacunación.
			.Indicar importancia de vacuna de Rubéola a la madre.		Normas Técnico Administrativas del Programa Infantil, p.19.
		6. Informar sobre cualquier cambio de la madre adolescente y el niño al equipo médico.	Avisar por cambios físicos, psicológicos de la madre.	Avisar al equipo de salud por cambio en su estado de salud o del niño.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL ALTO CUIDADO DE DORINEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		Para madre Adolescente:	Enfermera extrahospitalaria.		En muchas áreas urbanas se han creado salas y centros de referencias especiales para niños debido a la magnitud del problema de alto riesgo.
		1. Promover captación temprana del binomio madre adolescente-recién nacido.	Mantener un buen sistema de referencia.		
		2. Aumentar cobertura de atención de maternales con base al riesgo de dicho grupo.	Coordinar la atención con personal hospitalario.		Cuando se detectan riesgo y problemas se deben brindar cuidados adecuados en el primer nivel de atención o consulta y, en su caso, referir a las pacientes a segundos y terceros niveles.
		3. Disminuir riesgo por embarazo en población de adolescentes.	Establecer atención con base al riesgo del grupo de madres adolescentes.		
			Dar educación en servicio a todo personal del equipo de salud sobre riesgo en el embarazo de adolescentes.		Benson, p. 780.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		4. Aumentar captación de puerperas adolescentes los primeros 15 días post parto.	Coordinar con Enfermera de Pediatría la captación de puerpera adolescente por medio de referencias del recién nacido.	Brindar información al personal médico sobre su condición de salud.	Del análisis de los factores determinantes de enfermedad y muerte, la protección del niño debe iniciarse a partir del momento de la concepción, la cual incluye consecuentemente la atención prenatal, atención del parto, captación precoz del recién nacido y su madre en el período puerperal lo cual redundará en disminución de riesgo por morbimortalidad de los mismos.
			Realizar visitas domiciliarias a dichas adolescentes inasistentes.	Brindar ayuda e información al personal de salud, sobre la localización de paciente inasistentes.	
			Vigilar según atención por demanda diaria, la captación de puerperas en el centro.	Orientar a otras madres adolescentes de la comunidad sobre importancia de controles de salud prenatal y post-parto.	
			Orientar al personal del equipo de salud sobre captación temprana de la puerpera adolescente.	Pedir información al personal de salud sobre controles puerperales.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR FOR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		5. Promover la temprana planificación familiar en grupo de madres adolescentes.	Educar al grupo de madres adolescentes sobre beneficios de la planificación familiar.	Educar charlas educativas sobre beneficio de la planificación familiar.	La amplia gama de métodos de planificación disponibles en la actualidad permite a los programas de salud ofrecer un método apropiado para evitar cada uno de los tipos de embarazo de alto riesgo, así la planificación familiar satisface una necesidad individual y de la comunidad.
			Orientar sobre los diferentes métodos de planificación que existen.	Escoger en conjunto con su médico el método de planificación familiar que desee.	
			Señalar la importancia de asistir al control sobre método de planificación escogido.	Asistir a las citas de controles del método de planificación escogido.	Ward Rinehart y Adrienne Kols, p.2
		6. Coordinar la formación de grupos de madres adolescentes en su área.	Formar grupos de madres adolescentes.	Formar parte del grupo de madres adolescentes.	El compartir con otras adolescentes las mismas experiencias, puede ser provechoso por el inter
			Establecer programas educativos mensuales	Asistir a programas	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			semanales u otros del grupo de madres adolescentes.	educativos organizados.  Buscar orientación o guía según necesidad.	cambio de ideas y conocimientos. Esto se logra por medio de grupos locales.
		7. Brindar atención integral de salud al grupo de madres adolescentes.	Orientar sobre importancia de: .Control puerperal. .Limpieza del perine .Involución normal del utero .Loquios .Cuidados de los senos. .Alimentación balanceada. .Planificación familiar. .Importancia de asistir a controles de salud. .Programas brindados	Demostrar interes en cuanto a: la atención integral de salud que se le brinda con los temas mencionados.  Acercarse al personal de enfermería y solicitar orientación y guía sobre otros temas que le interese.  Cooperar con la enfermera en la realización del examen	Algunos patrones de pcreación son mas peligrosos para la vida y la salud de la madre porque estan asociados con complicaciones obstétricas capaces de poner en peligro la vida.  En el período de puerperio es importante el retorno de los órganos reproductores a su posición normal, esto

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIENTE NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR FOR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			<p>por el Centro de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Apariencia Física.</li> <li>.Realizar examen físico completo.</li> <li>.Establecer buena comunicación con la madre adolescente.</li> <li>.Brindar apoyo y guía.</li> <li>.Realizar evaluación socio-económica de la familia.</li> <li>.Referir a otras especialidades según necesidad.</li> <li>- Trabajo social.</li> <li>- Psicóloga.</li> <li>- Orientador para la salud.</li> <li>- Nutrición.</li> <li>- Saneamiento ambiental.</li> </ul>	<p>físico.</p> <p>Establecer confianza con el personal de enfermería</p> <p>Buscar apoyo y guía especializada.</p> <p>Brindar datos sobre situación socio-económica familiar.</p> <p>Aceptar referencia con otros profesionales de salud, según su estado de salud.</p> <p>Asistir a las citas programadas por especialistas.</p>	<p>incluye los cambios progresivos de los pechos para la lactancia y la involución de los órganos internos de la reproducción.</p> <p>Reeder. p. 341</p> <p>La madre deberá recibir la ayuda necesaria para desarrollar confianza en sí misma y en su habilidad de cuidar al niño y de observar sus necesidades.</p> <p>Reeder. p. 351</p> <p>No cabe duda de que las desigualdades socio-económicas, que representan diferencias en el ac-</p>



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		8. Establecer atención con base al riesgo de adolescentes.	Programar atención con base al riesgo detectado en grupos de adolescentes embarazadas.	Aceptar la atención con base al riesgo por formar parte de madres adolescentes.	ceso a la atención de salud y en las condiciones de vida, son en parte responsables de la asociación entre los patrones de embarazo y la mortalidad materna. No obstante, aún cuando las diferencias no sean tan marcadas, la edad de la mujer y el número de hijos, afectan el resultado de embarazo. Rinehart y Kols. p. 20.
		9. Aumentar cobertura de atención a prenatales adolescentes en el 1er.	Orientar al equipo de salud en cuanto a la atención con base al riesgo.	Dar a conocer a familiares, vecinos y amigos la importancia de los controles	Una mejor salud exige muchos cambios, desde una mayor educación y mejor nu-

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		trimestre de em- barazo.	Brindar orientación a la población en general sobre la atención con base al riesgo de la pobla- ción adolescente.	prenatales. Participar en grupos de adolescentes con el fin de ayudar a orientarlos sobre el riesgo del embarazo en la adolescencia.	trición, hasta la ampliación de algu- nos servicios médi- cos. Todo esto es fundamental para la atención primaria de salud, tal como la define la Organiza- ción Mundial de la Salud. Ward Rinehart y Adrienne Kols, p.1
		Para recién nacido de madre adolescente	Enfermera Extrahos- pitalaria.		Del análisis de los factores determinan- tes de enfermedad y muerte, la protec- ción del niño debe iniciarse a partir del momento de la concepción e incluye consecuentemente el control prenatal del
		1. Aumentar capta- ción del recién nacido con riesgo a los 7 - 15 - 30 días de nacido Período Neonatal.	Coordinar con Enfer- mera Maternal la captación del niño.	Llevar al recién na- cido a sus citas de control.	
			Realizar visitas do- miciliarias a los recién nacidos ina-	Ayudar al personal de enfermería en la localización de re-	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DEFECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
			sistentes.  Orientar al personal del equipo de salud sobre captación tem- prana del recién na- cido con riesgo.	cién nacidos inasis- tentes.  Reconocer la impor- tancia del control de salud del niño en el período neona- tal.	embarazo, atención adecuada del parto, captación precoz del recién nacido, con- trol de crecimiento y desarrollo y la atención precoz de la morbilidad.  Ministerio de Salud Caja de Seguro So- cial. p. 1.
		2. Coordinar forma- cion de grupos de recién nacidos de riesgo.	Participar en forma- cion de grupo de ma- dres adolescentes con Enfermera Mater- nal.  Establecer programas educativos a dichas madres sobre el re- cién nacido de ries-	Formar parte de gru- pos de madres ado- lescentes.  Participar en los diferentes programas educativos que se realicen en su Cen- tro de Salud.	La enfermera debe hacer observaciones exactas y registrar- las. Pondrá en prac- tica sus habilidades en la enseñanza y la comunicación, ya que debe asegurarse del futuro bienestar del niño ayudando a los

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			go.  Invitar a otros profesionales de la salud a participar en charlas educativas.	Participar activamente en las charlas organizadas con otros profesionales de la salud.	padres a comprender y capacitarse para su cuidado. Reeder, p. 377.
3. Brindar atención integral de salud al grupo de recién nacidos de madres adolescentes (alto riesgo, bajo riesgo).		Orientar sobre importancia de: .Controles de salud 7-15-30 días. .Aseo general. .Cuidado del ombligo. .Lactancia materna. .Limpieza de la boca. .Evaluación de desarrollo psicomotor. .Evaluación del crecimiento. .Examen físico completo .Atención por morbilidad y otros.	Asistir a controles de salud establecidos.  .Participar activamente en las evaluaciones realizadas al niño por enfermera o médico. .Aprender a realizar examen físico al niño para detectar cambio en el desarrollo y crecimiento del mismo.	Capacitar a los equipos de salud en las actividades de atención integral del niño como son control de crecimiento físico y desarrollo psicomotor, control del estado nutricional, control de enfermedades prevenibles por vacunas y control de morbilidad ambulatoria y hospitalaria. Normas Técnico Administrativas. Programa Infantil. p.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR FOR:		6 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		4. Coordinar la atención del recién nacido de riesgo con otras instituciones de salud y profesionales.	Evaluar con equipo de salud, a aquellos recién nacidos que requieran ser atendidos por:	Participar con otros equipos multidisciplinario, según estado de salud de su hijo.	La atención para el control del crecimiento, alimentación y desarrollo debe iniciarse antes de que el recién nacido cumpla los 15 días de vida.
			Rehabilitación, estimulación precoz, IPHE y Hospital del Niño, según su condición.	Aprender como manejar a su hijo según la mortalidad o riesgo que presente.	Dentro de los objetivos del Programa de Salud Infantil se menciona que debe habilitarse en la mejor forma posible a los niños con trastornos, con la colaboración de otras instituciones del sector salud. Normas Técnico Administrativas. p. 1, 4, 12
				Asistir a las citas de control que requiera el niño.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		6 EXPLICACION CIENIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
		5. Promover investi- gaciones en grupo de madres adoles- centes y sus re- cién nacidos.	Realizar estudios epidemiológicos con madres adolescentes.	Participar en estu- dios que se reali- cen en su comunidad.	Las actividades de evaluación e inves- tigación, deberán ser identificadas como actividades a realizar por to- dos los niveles, tanto de servicio de atención local como técnicos adm- nistrativos, regio- nales y nacionales. Estas actividades tienen característi- cas propias con ac- tividades de aten- ción. Normas Técnico Admi- nistrativas. Progra- ma Infantil. p.3
			Divulgar resultados de estudios a grupos de la comunidad y profesionales de sa- lud.	Orientar a familia- res, vecinos y otros sobre resultados de estudio en el que participó.	
			Evaluar resultados obtenidos con el equipo de salud.		

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
4. Bajo peso al nacer menos de 2,500 gramos.	<p>Los embarazos que ocurren antes de que la mujer cumpla los 18 años de edad pueden dar origen a una variedad de problemas de salud, los cuales pueden causar danos irreversibles al niño y representar una carga permanente para la familia o la sociedad.</p> <p>Desde el punto de vista biológico el bajo peso al nacer probablemente sea el problemas más importante.</p> <p>La definición de bajo peso al nacer por debajo de los 2,500 gramos, plantea ries-</p>	<p>Problemas reales: Morbilidad aumentada en período neonatal y post neonatal del recién nacido de bajo peso.</p> <p>Mortalidad aumentada período neonatal.</p> <p>Mayor incidencia de retraso psico-motor</p> <p>Deficiente crecimiento y desarrollo físico.</p> <p>Problemas potencia-</p>	<p>Se espera que: Recién nacido no presente períodos repetidos de enfermedades.</p> <p>Supere las complicaciones presentadas al nacer.</p> <p>Disminuye la incidencia de mortalidad por complicaciones.</p> <p>Supere el retraso psicomotor presentado al nacer.</p> <p>Alcance un crecimiento y desarrollo adecuado a su edad.</p> <p>Se espera que: Por medio de aten-</p>	<p>Los recién nacidos de bajo peso tienen seis veces más probabilidades de morir que los niños de peso mayor.</p> <p>Ward Rinehart y Adrienne Kols. p.34</p> <p>El mayor riesgo de bajo peso al nacer puede ser el aspecto medico de mayor importancia en el embarazo de la adolescente.</p> <p>El mayor riesgo de mortalidad es solo uno de los peligros que enfrenta el niño de bajo peso al nacer.</p> <p>Sharon R. Reeder. p. 53.</p>	<p>Vigilar estado general del niño bajo peso por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Cambios de temperatura corporal.</li> <li>.Estados de somnolencia.</li> <li>.Sangrado y hemorragias.</li> <li>.Pérdida de peso corporal.</li> <li>.Rechazo de alimentación.</li> <li>.Eliminación (orina, heces).</li> <li>.Repuestas estímulos externos.</li> <li>.Hidratación.</li> </ul> <p>Orientar a madres adolescentes sobre posibles cambios en el estado del niño.</p> <p>Brindar guía a fami-</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
<p>gos en el recién nacido.</p> <p>El bajo peso al nacer planta el mayor riesgo de muerte en el período neonatal, si bien sigue siendo un riesgo importante en el período post-neonatal.</p> <p>En relación con el bajo peso al nacer tanto de las madres más jóvenes y los primeros nacimientos son los que corren más riesgos. Ward Rinehart y Adrienne Kols. p.33</p>	<p>les o probables:</p> <p>Probables episodios repetidos por morbilidad.</p> <p>Possible deficiencia en mantener temperatura corporal.</p> <p>Probable atención en Programa de Estimulación Precoz.</p> <p>Posibles hospitalizaciones recurrentes.</p> <p>Probables hemorragias asociadas con traumas obstétricos, infecciones y otros.</p> <p>Posible presentación</p>	<p>ción especializada el niño logre disminuir o evitar morbilidades recurrentes.</p> <p>Logre mantener temperatura corporal adecuada.</p> <p>Niño tenga buena estimulación precoz y logre superar su retraso psico-motor y de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Reduzca las hospitalizaciones recurrentes.</p> <p>No presenta complicaciones por hemorragias.</p>	<p>Los riesgos de muerte fetal, acaecida poco después del nacimiento bajo peso nacer y otros semejantes son más altos para las madres más jóvenes especialmente les menores de 17 años. Reeder. p. 53.</p>	<p>liares y madres sobre importancia de controles de salud.</p> <p>Orientar a madres sobre Programas de Estimulación Precoz y Nutrición.</p> <p>Educar a la madre sobre lactancia Materna y Alimentación adecuada, planificación familiar y otros.</p> <p>Explicar a madre y familiares importancia de hojas de referencias de una institución a otra.</p>	



I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL  
DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1	2	3	4	5	6
PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	PROBLEMAS USUALES	RESULTADOS ESPERADOS	EXPLICACION CIENTIFICA	ORDENES DE ENFERMERIA

de malformaciones congénitas. Madres adolescentes y/o familiares avisen en caso de complicaciones.

No presenta complicaciones por malformaciones congénitas.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. ORSM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
Factor de Riesgo  Bajo peso al nacer (menos de 2,500 gra- mos).	Los nacidos con bajo peso representan en la actualidad uno de los problemas mas importantes de la salud pública, asociado con la mayoría de las defunciones que ocurren en el período neonatal y con la gran mayoría de los trastornos del desarrollo neu-ro-psíquico. Ricardo Schwarcz. p. 3.	1. Disminuir compli- caciones por mor- bi-mortalidad del recién nacido de bajo peso en pe- ríodo neonatal.	Enfermera Intrahos- pitalaria:  Vigilar estado gene- ral del recién naci- do de bajo peso.	Avisar por cambios en estado general del niño.  Vigilar de cerca al niño por: fiebre, dificultad respiratoria, agi- tación, aumento del ritmo cardiaco por la hidratación, piel seca o sudoración excesiva, dificultad urinaria y otras.	El peso del recién nacido sirve para evaluar el creci- miento y la edad gestacional, para evaluar la madurez. Así, un niño nacido a las 40 semanas de gestación, con un peso inferior a los 2,500 gramos seria considerado maduro, pero subdesarrollado una condición gene- ralmente denominada retraso de creci- miento intrauterino. Sharon R. Reeder.
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA  Predisposición al aumento de la morbi- mortalidad neonatal por bajo peso al na- cer de los recién nacidos de madres adolescentes.			Tomar temperatura cada 4 horas.		
			Observar frecuencia respiratoria y car- dio vascular.		
			Tomar frecuencia respiratoria cada 2 horas.		
			Tomar frecuencia cardiaca cada 2 ho- ras.		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENITIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENITIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Vigilar estado de hidratación		
			Vigilar tipo y fre- cuencia de elimina- ción (vesical y fe- cal).		
Se ha encontrado que en los Centros Ma- terno Infantil de America Latina el 70% de las muertes neonatales precoces se asocian con el bajo peso al nacer y que el 47% con el muy bajo peso al na- cer. Ricardo Schwarcz. p.117	2. Mantener control de peso cada día o según orden mé- dica.	Tomar peso del re- cien nacido bajo pe- so cada día.	Llevar al niño a to- ma de peso diario o según orden médica.	Otros factores ne- cesarios del cuidado del niño, como la toma de temperatura, peso, baño y vestido generalmente siempre se llevan a cabo en combinación con los períodos de alimen- tación que la enfer- mera planificará. Sharon Reeder. p.544	
	3. Proporcionar ali- mentación adecua-	Orientar a madre adolescente sobre	Darle leche materna al recién nacido de	La alimentación al pecho puede ser in-	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENETIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENETIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
	La prematuridad y el bajo peso al nacer se asocian con aumento de la morbilidad y la mortalidad neonatal. Berhman, Vaughan y Nelson. p. 356.	da por lactancia materna.	beneficios de la lactancia materna.  Indicar las ventajas de lactancia materna.  Orientar sobre aseo de pezones.  Indicar importancia de postura cómoda al dar el pecho.	bajo peso según tolerancia.  Estar conciente de las ventajas de la lactancia materna.  Realizar aseo de pezones P.R.N.  Adoptar postura cómoda para darle pecho al niño.	tentada para niños de 36 semanas de edad gestacional o cuando se ha alcanzado un nivel de madurez similar. Se puede utilizar una botella o biberón suave si el niño puede succionar en forma adecuada sino se recomienda la alimentación por sonda. Sharon Reeder, p.541.
	Los embarazos antes de que la madre haya alcanzado plena madurez pueden minar la capacidad física de la mujer a sustentar al feto	4. Establecer importancia de controles de salud.	Orientar a madre adolescente sobre: .Controles de salud del niño bajo peso.  .Importancia de referencias intra y	Llevar al niño a controles de salud según riesgos detectados.  Llevar las referencias según especia-	En el cuidado de controles es muy importante la vigilancia a largo plazo especialmente en bebés egresados de salas de lactantes de se-

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Integrar a otros profesionales del equipo de salud.	Integrar a otros cursos de personal de salud como medio de información y educación.	transición a la nueva paternidad con todas sus demandas, sino hacer frente a un niño pequeño diferente y con frecuencia enfermo. Sharon Reeder, p.544.
		6. Programar visitas domiciliarias a niños inasistentes de bajo peso.	Realizar visitas domiciliarias a inasistentes. Darles referencia a control con pediatra o especialistas. Orientar a familias sobre importancia de los controles de salud. Evaluar condición	Ir a su centro de salud más cercano. Ayudar en la localización de otros inasistentes, al equipo de salud. Brindar orientación a otros vecinos de su comunidad sobre citas de control.	Las visitas domiciliarias serán efectuadas por el personal de enfermería tomando en cuenta prioridades como la aceptación de recién nacidos de más de 15 días de vida inasistentes, con patologías especiales o factores de riesgo que lo ameriten. Normas Técnico Admi-

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. GREN

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			física general de la vivienda.		nistrativas. Progra- ma Infantil. p.20
		7. Estimar programa- ción de atención anual de salud con base a la po- blación con ries- go.	Realizar programa- ción anual según población de niños con riesgos (bajo peso, prematuros y otros).		Al estimar la progra- mación anual se pue- den tomar en cuenta los siguientes cri- terios para niños de bajo peso:
			Dar a conocer total de recién nacidos bajo peso en su co- munidad.		.Infantes con bajo peso al nacer 2,500 gramos menos, quie- nes son prematuros menos de 37 semanas y con una adecuada edad gestacional.
					.Infantes con bajo peso al nacer 2,500 gramos o menos, na- cidos a las 37 se- manas de gestación

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	

o más y quienes son inapropiadamente pequeños para su edad gestacional.

.Infantes de bajo peso al nacer quienes son pretérminos, pero cuyo peso sigue siendo inapropiadamente pequeños para su edad gestacional.

Manual of Neonatal Care p. 78.

8. Evaluar atención de salud brindada al grupo de recién nacidos de bajo peso.

Indicar objetivos logrados hasta la fecha.

Realizar cambios o reajustes según necesidad.

la base de la evaluación consiste en la identificación de logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
			Realizar reunión con equipo de salud y dar a conocer los re- sultados.  Programar la aten- ción integral de ni- ños de bajo peso con otros profesionales.		Dicha evaluación se hace para lograr un desarrollo integral del niño y mejorar su capacidad en los campos afectivos, perceptual, motor psíquico y social. Normas Técnico Admi- nistrativas. Progra- ma Infantil. p.10
		9. Promover investi- gaciones con po- blación de riesgo especialmente con recién nacidos de bajo peso.	Planea investigacio- nes con grupo de re- ción nacidos de bajo peso.	Realizar investiga- ciones con grupo de recién nacidos de bajo peso.	Las actividades de evaluación e inves- tación, generalmente identificadas como funciones de los ni- veles jerárquicos superiores deberán ser identificadas como actividades a



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1	2	3	4		5
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENFIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	ACCIONES A REALIZAR POR:		EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	

Coordinar investigaciones con otros miembros del equipo de salud.

Dar a conocer los resultados obtenidos a miembros del equipo de salud y de la comunidad.

realizar por todos los niveles, tanto de servicios de atención locales como técnicos administrativos, regionales y nacionales.

Estas actividades tienen características propias del programa relacionadas con las actividades de atención.

Normas Técnico Administrativas. Programa Infantil. p.3.

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1	2	3	4	5	6
PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	PROBLEMAS USUALES	RESULTADOS ESPERADOS	EXPLICACION CIENTIFICA	ORDENES DE ENFERMERIA
5. Menos de cuatro controles prenatales.	<p>Los cuidados prenatales deben tener como principal meta la identificación y el tratamiento de la paciente con alto riesgo.</p> <p>El objetivo del cuidado prenatal es asegurar en todo lo posible un embarazo sin complicaciones para la madre y al final, el parto de un lactante vivo y saludable.</p> <p>Ralph C. Benson p. 630.</p> <p>Hay mayor riesgo de complicaciones del</p>	<p>Problemas reales:</p> <p>Mayor incidencia de morbilidad materna.</p> <p>Complicaciones en el periodo de parto.</p> <p>Mayor incidencia de niños con problemas (bajo peso, prematuros, pequeños para su edad gestacional y otros), en el periodo neonatal y post-neonatal.</p> <p>Problemas potenciales o probables:</p> <p>Probable pérdidas</p>	<p>Se espera que:</p> <p>Madre se recupere en el periodo puerperal y no presente complicaciones.</p> <p>Niño supere los peligros por morbilidad en las primeras seis horas de vida.</p> <p>Disminuya la incidencia de niños bajo peso prematuros, pequeños para edad gestacional con una adecuada orientación a las madres adolescentes.</p>	<p>La atención prenatal proporciona una serie de puntos de referencia para el descubrimiento de riesgo perinatal que pueden dividirse en:</p> <p>selección inicial, selección en la visita prenatal, selección durante el parto y evaluación del parto y evaluación después del parto.</p> <p>Ralph C. Benson. p. 603.</p> <p>Las pérdidas maternas fetales o neonatales imprevistas son menos frecuentes</p>	<p>Evaluar estado general de madre adolescente y su recién nacido por complicaciones en periodos neonatal y post-neonatal.</p> <p>Establecer diagnóstico de enfermería con base al riesgo detectado de madre-hijo.</p> <p>Brindar guía y orientación a las madres sobre las posibles complicaciones para ella y el niño.</p> <p>Vigilar el binomio madre adolescente</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
	<p>embarazo de madres muy jovenes que incluyen las toxemias, parto laborioso y anemia por deficiencia de hierro. Las dietas pobres, la atención indecuada, la falta de madurez tanto física como emocional son probablemente factores contribuyentes.</p> <p>Sharon R. Reeder. p. 53.</p> <p>En estudio realizado en Brasil reveló que las mujeres que habían recibido poca o ninguna atención prenatal solían experimentar el doble de muertes perinatales que las que recibie-</p>	<p>fetales o neonatales. Se espera que:</p> <p>Possible problemas secundarios por anemia y desnutrición materna-fetal.</p> <p>Probables períodos repetidos por mortalidad materna.</p>	<p>Pérdidas fetales y neonatales disminuirían con una buena orientación.</p> <p>Con atención con base al riesgo, se evitan las anemias y desnutriciones materna y fetal.</p> <p>Con guía y orientación estas madres vean la importancia de los controles de salud y prenatales.</p>	<p>si se ha proporcionado atención sostenida durante todo el embarazo.</p> <p>Durante el período prenatal es obligatorio de identificación de aquellas con riesgos, con el fin de atenderlas con tiempo y prevenir así la morbilidad y la mortalidad.</p> <p>Ralph C. Benson. p. 603.</p>	<p>recién nacido y avisar al equipo médico por cambio.</p> <p>Referirlos a otras especialidades en conjunto con el equipo médico por cambio.</p> <p>Referirlos a otras especialidades en conjunto con el equipo de salud según necesidad.</p> <p>Orientar a la madre adolescente y familiares sobre importancia de los controles de salud madre-hijo.</p> <p>Establecer buen sis-</p>

I. PLAN DE ATENCION SEGUN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL  
DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES

1 PROBLEMA O FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 PROBLEMAS USUALES	4 RESULTADOS ESPERADOS	5 EXPLICACION CIENTIFICA	6 ORDENES DE ENFERMERIA
	ron dicha asistencia. Ward Rinetart y Adrienne Kols. p.8				tema de referencia con otras institucio- nes de salud para el seguimiento de caso en su comunidad.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO. DEFECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
<p>Factor de Riesgo</p> <p>Menos de cuatro controles prenatales.</p> <p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Inadecuado control prenatal que predispone al aumento de posibles complicaciones del binomio madre adolescente-recién nacido.</p>	<p>El cuidado prenatal se refiere a la supervisión médica y de enfermería y a la atención que se le da a la mujer embarazada durante el período transcurrido desde la concepción hasta el principio del trabajo de parto.</p> <p>Reeder. P. 408</p> <p>Se considera un control prenatal adecuado aquel en que se toman en cuenta las necesidades físicas, emocionales y sociales de la mujer y de su hijo</p>	<p>1. Evitar futuras complicaciones de morbilidad en madres adolescentes y sus recién nacidos.</p>	<p>Enfermera Intrahospitalaria:</p> <p>Planificar la atención hospitalaria del grupo de alto riesgo.</p> <p>Establecer educación a madres adolescentes sobre posibles complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Mortuoridades maternas repetidas.</li> <li>.Anemias</li> <li>.Desnutrición materna-fetal.</li> <li>.Parto prematuro.</li> <li>.Niños bajo peso.</li> <li>.Niños pequeños, edad gestacional.</li> <li>.Complicaciones del</li> </ul>	<p>Participar en reuniones y charlas educativas que se brinden.</p> <p>Buscar orientación y guía de personal médico sobre posibles complicaciones.</p> <p>Avisar en caso de complicaciones de ella o su recién nacido.</p> <p>Seguir atención de controles de salud en período post-parto.</p>	<p>Ryan señala que el 60% de la mortalidad perinatal ocurrirá en el grupo de alto riesgo que ahora podemos identificar mejor. Además las nuevas técnicas de evaluación fetal, ante parto e intra-parto, y la posibilidad de observar a la madre con mayor exactitud durante el embarazo y el parto, estamos en mejor posición para definir y seguir de cerca este grupo de alto riesgo.</p> <p>Sharon R. Reeder. p. 157.</p>

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENFIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
	no nacido, de su compañero y de otros hijos si los hay.		parto y puerperio. .Hemorragias. .Toxemias. .Pre eclampsias y otros.		
	Muchas reciben cui- dados prenatales y post-natal inadecua- dos, algunas de ellas están en la adoles- cencia y/o no desean sus hijos; otros pueden tener enfermedades meta- bólicas o crónicas utilizar drogas o tener infecciones cervicales crónicas; finalmente, los ni- ños pueden sufrir traumas al nacer. El control prenatal temprano y regular de estas pacientes	2. Coordinar la su- pervisión temprana y continuada del período de puerpe- rio.	Organizar la aten- ción en conjunto con todo equipo de salud necesario. .Médico .Trabajo Social .Nutrición. .Psicóloga. .Enfermera. .Auxiliar de Enfer- mería. .Secretaria y otros.	Aceptar y utilizar los servicios de atención con base al riesgo que pre- senta.  Utilizar atención de otros profesionales del equipo de salud.	Según la crisis de logística, se esta formando una opinión general sobre los cuidados de materni- dad de alta calidad deben ser prestados en el futuro por un equipo formado por: médicos, enfermeras profesionales, en- fermeras obstétricas técnico de laborato- rio, trabajadora so- cial, nutricionista, educador para la sa- lud y otros. Reeder. p. 155.

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
<p>es una absoluta necesidad para asegurar la salud y bienestar, tanto de la madre como del hijo.            Sharron R. Reeder            p.p. 153-156</p>	<p>3. Reestructurar las prioridades de atención con base al riesgo de ciertos sub-grupos como lo son grupo de adolescentes embarazadas.</p>	<p>Organizar la atención de salud a grupos de adolescentes embarazadas con base al riesgo en hospital.             Preparar personal calificado profesional en la atención integral de madres adolescentes.             Mantener la continuidad de atención sin que se dupliquen los servicios.             Evaluar periódicamente dicha atención y modificar los mismos según necesidad.</p>	<p>Reconocer que forma parte de grupo de alto riesgo.             Aceptar la atención que le corresponde por los riesgos reales y potenciales.             Utilizar al personal del equipo médico como fuente primaria de orientación.             Aceptar la atención, tratamiento y procedimientos necesarios en sus evaluaciones.             Participar en programa o evaluaciones en cuanto a la atención recibida.</p>	<p>El ambiente actual parece requerir innovaciones en pensamiento y la práctica.            Ryan ha sugerido que la regionalización del cuidado prenatal es uno de los métodos de proporcionar cuidados de calidad, tanto prenatales como perinatales y evitar la duplicación de servicios.            Sharon R. Reeder.            p.157.             La regionalización tiene tres componentes básicos:            .Primero, el desarrollo de un sistema</p>	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DEFECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		4. Coordinar la atención hospitalaria con los servicios de salud comunitaria.	Mantener buena comunicación entre atención hospitalaria y centros de salud.	Establecer comunicación positiva con el equipo médico.	de cuidado neonatal intensivo para el recién nacido.
			Mantener buen sistema de referencias.	Utilizar los sistemas de referencias adecuadamente.	Los pacientes identificados como alto riesgo podrían dar a luz donde sus hijos recibieran cuidados intensivos si fuera necesario.
			Orientar a todo personal de salud sobre importancia de atención con base al riesgo.		Tercer, consolidación de servicio. Cada paciente debería dar a luz en el centro que posea las mayores capacidades para manejar los problemas de la madre y su hijo. Sharon R. Reeder. p. 157.



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENEFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENEFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
5. Brindar orienta- cion y guía a ma- dres adolescentes y familiares.			Educar a la madre adolescente sobre riesgos de morbimor- talidad al que está expuesta por inadecuado control pre- natal.	Participar en pro- gramas educativos que se le brinda.  Buscar atención de salud como medio activo de evitar en- fermedades.	El servicio de En- fermería en centros de cuidados ambula- torios ha desechado el papel adminis- trativo y lo ha reem- plazado con un papel más independiente centrado en los cui- dados de enfermería de este modo, las en- fermeras están am- pliando ahora sus funciones de educa- cion a los pacientes, proporcionando guías y haciendo orienta- ciones. En este pa- pel la enfermera se convierte en al pro- fesional de salud principalmente en- cargado del mante- nimiento de la con- tinuidad de la aten-
			Orientar a familia- res de adolescente sobre importancia de controles de salud pre y post-natal.	Participar en la orientación a fami- liares y vecinos, sobre la importancia de controles de sa- lud y prenatales.	
			Estimular a la po- blación en general a que utilicen sus centros o policlí- nicas de salud.	Formar parte de gru- pos comunales en su localidad para la captación y atención de sub-grupos de al- to riesgo, especial- mente las embaraza- das.	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. ORDM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENEDFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR FOR:		5 EXPLICACION CIENEDFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
				Participar con otros grupos de adolescentes en la comunidad para orientación y guía.	ción para un grupo específico de pacientes. Sharon R. Reeder. p. 154-155.
			Enfermera Extrahospitalaria		
		1. Promover captación temprana de madres adolescentes insistentes.	Coordinar con Enfermera de Pediatría las visitas domiciliarias a madres y niños.	Acercarse a su institución de salud más cercana a continuar con atención de salud.	El cuidado prenatal temprano y regular de pacientes embarazadas es de absoluta necesidad para asegurar la salud y el bienestar tanto de la madre como del hijo.
			Coordinar con otros miembros del equipo de salud la captación de prenatales y puerperas en la comunidad.	Buscar ayuda y guía en el personal del equipo de salud.	
			.Trabajadora social.	Reconocer la importancia de utilizar los conocimientos de cada profesional en	No se trata sólo de considerar una referencia a la clínica prenatal, sino más

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENFICA
			4a. ENFERMERIA	4b.MADRE ADOLESCENTE	
			.Inspector sanesmien- to ambiental. .Eduador para la salud. .Odontólogos. .Médicos. .Personal de enfer- mería. .Personal secreta- rial. .Personal aseo y otros.	su atención como ma- dres adolescentes de alto riesgo.	bien la forma en que diversos organismos que proporcionan servicios sociales a la comunidad enfocan los diversos facto- res relacionados con la salud y si ellos estimulan la utiliza- ción de servicios médicos preventivos curativos. Sharon R. Reeder p. 156.
		2. Promover la aten- ción temprana y continuada de la madre adolescente y su hijo.	Orientar a la madre sobre la atención preconcepcional,pre- natal, postnatal y controles de salud a que tiene derecho.	Participar en con- troles de salud y post-natal como un medio de disminuir riesgo por mortimor- talidad.	Aún cuando las clí- nicas de maternidad han mejorado sus ser- vicios con fondos del estado y se han establecido clínicas periféricas. Muchas madres, principal- mente aquallas en
			Estimular a madre adolescente a que	Reconocer la impor- tancia de controles	

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			asista a controles post-parto.	post-natal.	los segmentos de escasos recursos, no buscan la atención que está disponible.
		Orientarla sobre programas de planificación familiar.	Escoger y aceptar beneficios de planificación familiar.		El haber crecido en la pobreza con privaciones o indigencia médica toda su vida, simplemente nunca se han acostumbrado a utilizar los servicios médicos y no es de sorprenderse que no comiencen a utilizarlos por encontrarse embarazadas.
		Brindar guía sobre atención del recién nacido y sus controles de salud.	Reconocer importancia de controles de salud del recién nacido como medio de disminuir riesgos por morbi-mortalidad.		Sharon Reeder. p. 156.
		Estimular a la adolescente a que participe un programas del grupo de adolescentes.	Participar en grupos de madres adolescentes.		Deberá acordarse que esto no es sólo un
		3. Coordinar la formación de grupos	Utilizar población en general que par-		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
		comunales locales que participen en divulgación.	ticipa en la orien- tación de la comuni- dad sobre atención de salud de grupos alto y bajo riesgo.		problema de cuidado prenatal, sino más bien un problema de mala salud y pobreza de la comunidad to- tal. La integración de grupos de población local para mejorar la calidad del cui- dado también ha de- mostrado ser efecti- va. Sharon R. Reeder p. 155-156.
		4. Estructurar la orientación y guía sobre controles de salud desde escue- las primarias.	Orientar a grupos de maestros y profes- ores sobre importan- cia de controles de salud en general.		Actualmente se re- calca más la necesi- dad de extender el cuidado prenatal y preconcepcional has- ta la niñez y man-

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	2 EXPLICACION CIENTIFICA	3 OBJETIVOS DE ENFERMERIA	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5 EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Educar al niño des- de la escuela prima- ria sobre la impor- tancia de su salud.		tenerlo a través de la edad adulta. Sharon R. Reeder. p. 156.
			Brindar educación a grupos de padres de familia sobre aten- ción con base al riesgo.		La mayoría de las investigaciones que se están llevando a cabo sobre la presta- ción de servicios prenatales a los di- ferentes segmentos de la sociedad, indi- can que los progra- mas que no son pla- nificados por miem- bros de la comunidad y no consideran la participación activa de los grupos que van a servir, están condenados al fraca- so.
			Coordinar con dife- rentes grupos socia- les de la comunidad su participación en educación comunita- ria.		Sharon R. Reeder. p. 155.

II. PROPOSICIÓN DE MODELO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHY E. OREM

1	2	3	4 ACCIONES A REALIZAR POR:		5
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACIÓN CIENEFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERÍA	4a. ENFERMERÍA	4b. MADRE ADOLESCENTE	EXPLICACIÓN CIENEFICA
5. Brindar atención oportuna y profesional a madres adolescentes.	Captar a embarazadas adolescentes desde primer trimestre de embarazo.	Asistir a controles de salud y prenatal temprano.	La mayoría de las futuras madres que necesitan motivación para buscar atención prenatal irán a la clínica si pudieran ver los beneficios en toda su extensión		
			Orientar sobre importancia de evitar posibles complicaciones.	Buscar orientación y guía del personal de salud.	
			Establecer buen rapport con madre adolescente.	Participar en grupos de alto riesgo.	-No se trata sólo de suplementos dietéticos durante el embarazo sino de buena nutrición toda la vida.
			Estimular su participación en grupos de alto riesgo.		
			.Reestructurar la atención de maternales según prioridad de alto riesgo		No es un problema de organización de los servicios de maternidad e infantiles, sino de organización de los servicios de salud familiar.
			.Realizar atención completa sobre:		

II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1	2	3	4		5
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENTIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	ACCIONES A REALIZAR POR:		EXPLICACION CIENTIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	
			Posibles complica- ciones por control inadecuado.		En años recientes el término alto riesgo ha sido aplicado a los grupos de madres y de recién nacidos que presentan en for- ma real o potencial una mayor incidencia y prevalencia de mor- bilidad y mortalidad, en comparación con la población total de madres y niños. Reeder. p. 156-157
			Evaluación socio- económica.		
			Estado de salud.		
			Nutrición.		
			Historia gestacio- nal.		
			Examen físico com- pleto.		
			Evaluación de labo- ratorios.		



II. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION AL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES,  
 APLICANDO LA TEORIA DE ENFERMERIA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

1	2	3	4		5
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN FACTOR DE RIESGO DETECTADO	EXPLICACION CIENLIFICA	OBJETIVOS DE ENFERMERIA	ACCIONES A REALIZAR POR:		EXPLICACION CIENLIFICA
			4a. ENFERMERIA	4b. MADRE ADOLESCENTE	

Atención bucal por  
odontología.

Lactancia materna.

Cuidados de pezones.

Periodos de gesta-  
ción, parto, puer-  
perio y planifica-  
ción familiar.

APENDICE No. 4  
VALORES SOCIALES Y PATRONES CULTURALES

VALORES SOCIALES Y PATRONES CULTURALES

VALORES SOCIALES Y PATRONES CULTURALES		
SOCIAL	ECONOMICO	CULTURAL
- Organización Social	- Estructura de clase	- Costumbres
- Información	- Estructura Ocupacional.	- Tradiciones
- Participación	- Dependencia	- Religión
	- Interdependencia	- Creencias

VALORES FAMILIARES

Organización Familiar	Autoridad.	Nivel Social	Nivel Económico	Nivel Cultural	Costumbres, tradiciones	Creencias	Historia Ocupacional	Educación Profesional

VALORES PERSONALES

Potencialidades	Autonomía y Seguridad	Inclinaciones e intereses	Afectos	Creencias	Expectativas

ASPIRACIONES

MOTIVACIONES

- Realidad Social	- Expectativas personales y familiares.
- Realidad familiar	- Estatus económico y social.
- Oportunidades	
- Satisfacción personal	- Insatisfacción personal.
- Cumplimiento de expectativas familiares.	- Incumplimiento de expectativas familiares.
- Cumplimiento de expectativas sociales	- Incumplimiento de expectativas sociales.

APENDICE No. 5

FACTOR DE RIESGO AL NACER, APGAR MENOR DE 7  
AL MINUTO DE NACIDO

FACTOR DE RIESGO AL NACER, APGAR MENOR DE 7  
AL MINUTO DE NACIDO

FACTOR DE RIESGO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Apgar menor de 7 al minuto de nacido.	Predisposición a complicaciones por hipoxias moderadas o severas en el periodo neonatal lo cual aumenta riesgos de morbilidad y mortalidad.

ENFERMERA INTRA-HOSPITALARIA

1. Evaluar condición general del niño con apgar regular (4-6)

Depresión moderada del Sistema Nervioso central.	Flacidez muscular.	Cianosis	Dificultad respiratoria aumentada.	Falta respuesta a estímulos externos.	Necesidad aplicar oxígeno.
--	--------------------	----------	------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------

2. Brindar atención de resucitación a niños con apgar de 0-3

Vigilar frecuencia cardíaca fetal.	Succionar al niño PRN	Evaluar respuesta muscular.	Restaurar función cardiovascular	Administrar soluciones intravenosas.	Vigilar por acidosis metabólica	Vigilar por hipoglicemia.
------------------------------------	-----------------------	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------

3. Avisar a Cuidados Intensivos el envío del niño que así lo requiera

4. Orientar a madres adolescentes y familiares sobre observación y control del niño con apgar menor de 7.

ENFERMERA EXTRA HOSPITALARIA

1. Promover captación temprana del recién nacido de apgar menor de 7
2. Educar a madres adolescentes y familiares sobre las posibles complicaciones del niño de riesgo.
3. Brindar atención integral al recién nacido con riesgo por apgar menor de 7.

APENDICE No. 6

FACTOR DE RIESGO AL NACER,  
PARTOS PREMATUROS CON MENOS DE 37 SEMANAS  
DE GESTACION

FACTOR DE RIESGO AL NACER, PARTOS PREMATUROS  
CON MENOS DE 37 SEMANAS DE GESTACION

FACTOR DE RIESGO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Partos Prematuros con menos de 37 semanas de gestación.	Predisposición del recién nacido de madres adolescentes a morbimortalidad aumentadas debido a premadurez.

ENFERMERA INTRA-HOSPITALARIA

- Prevenir complicaciones de morbimortalidad del prematuro.

Respi- ratorio	Cardio- vascular hemato- lógico	Nutri- cional	Meta- bólico	Renal	Falta re- gulación de tempe- ratura	Infecciones Recurrentes
-------------------	--	------------------	-----------------	-------	--	----------------------------

- Orientar madres adolescentes cuidados niños prematuros

Aseo Corporal	Mantener Calor	Garancia Peso Cor- poral	Estimula- ción del Prematuro	Alimentación Materna FRN.
------------------	-------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------

- Indicar importancia de Controles de Salud

ENFERMERA EXTRA HOSPITALARIA

- Programar visitas domiciliaria.
- Promover charlas educativas a grupos de madres adolescentes con niños prematuros.
- Coordinar con equipo multidisciplinario atención del niño prematuro.
- Brindar atención al prematuro con base al riesgo.
- Programar atención de la población de prematuros en su comuni-  
dad.
- Promover investigaciones sobre niños prematuros.

APENDICE No. 7

FACTOR DE RIESGO AL NACER,  
MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS



FACTOR DE RIESGO AL NACER,  
MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

FACTOR DE RIESGO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Madres Adolescentes menores de 15 años.	Predisposición de madres adolescentes a presentar complicaciones que aumentan el riesgo de mortalidad para ellas y sus recién nacidos.

ENFERMERA INTRA-HOSPITALARIA

- Prevenir complicaciones a madres adolescentes su período puerperio inmediato y tardío.

Higiene Periné.	Lactancia Materna.	Atención del recién nacido	Evaluación psicomotora.	Controles de Salud.	Planificación Familiar	Vacunas

- Vigilar binomio madre adolescente-recién nacido.

- Orientar sobre posibles cambios Madre

Estado de Conciencia	Orientación	Loquicos	Involución uterina	Alimentación.	Desembalación	Eliminación vesical	Sueño Signos vitales

Posibles cambios - Niños

ENFERMERA EXTRA HOSPITALARIA

- Promover captación temprana binomio madre-hijo.
- Disminuir riesgo por embarazo en adolescentes.
- Aumentar captación puerperas.
- Promover planificación familiar.
- Coordinar formación de grupo madres adolescentes.
- Brindar atención integral a madre-hijo.
- Brindar atención a población con base al riesgo.
- Coordinar la atención del binomio madre adolescente-hijo con otros profesionales.
- Promover investigaciones en grupo de madres adolescentes y sus recién nacidos.

APENDICE No. 8

FACTOR DE RIESGO NEONATAL,  
BAJO PESO AL NACER CON MENOS DE 2,500 GRAMOS

FACTOR DE RIESGO NEONATAL,  
BAJO PESO AL NACER CON MENOS DE 2,500 GRAMOS

FACTOR DE RIESGO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Bajo Peso al Nacer  
menos de 2,500 gramos

Predisposición al aumento de  
la mortalidad neonatal  
por Bajo Peso al Nacer.

ENFERMERA INTRA-HOSPITALARIA

1. Disminuir complicaciones por morbi-mortalidad

Estado General del niño bajo peso.	Temperatura cada 4 hrs.	Frecuencia respiratoria cadio-pulmonar.	Vigilar Estado Hidra - tación	Vigilar elimi - ción.	Respues - ta al estímu - lo.
------------------------------------	-------------------------	---	-------------------------------	-----------------------	------------------------------

2. Mantener control de Peso cada día.

3. Proporcionar alimentación adecuada (lactancia Materna)

4. Promover importancia de controles de salud.

5. Avisar al equipo médico por cambios.

6. Orientar a madre adolescente y familiares sobre riesgos del niño con bajo peso al nacer.

ENFERMERA ECIRA HOSPITALARIA

1. Promover captación temprana del niño bajo peso.
2. Coordinar atención con base al riesgo.
3. Brindar atención integral al niño bajo peso.
4. Evaluar estado de nutrición.
5. Coordinar formación de grupo de niños con bajo peso al nacer.
6. Programar visitas domiciliarias a inasistentes por bajo peso.
7. Estimar programación de atención de salud anual con base en la población de riesgo.
8. Evaluar atención de salud brindada.
9. Promover investigaciones con niños de bajo peso.

APENDICE No. 9

FACTOR DE RIESGO NEONATAL,  
MENOS DE CUATRO CONTROLES PRENATALES

FACOR DE RIESGO NEONATAL,  
MENOS DE CUATRO CONTROLES PRENATALES

FACOR DE RIESGO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Menos de cuatro controles prenatales	Inadecuado control prenatal que predispone al aumento de posibles complicaciones del binomio madre-hijo.

ENFERMERA INTRA-HOSPITALARIA

1. Evitar futuras complicaciones por mortalidad

Planificar atención hospitalaria.	Educación adolescentes.	Morbilidades repetidas por-	Desnutrición Madre-hijo.	Parto prematuro.	Bajo Peso Niños.	Niños Pequeños.	Hipopoxia
-----------------------------------	-------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------

2. Coordinar supervisión temprana y continuada.
3. Reestructurar prioridades de atención a sub-grupos de alto riesgo.
4. Coordinar atención hospitalaria con otros servicios de salud comunitaria.
5. Brindar orientación y guía a madres adolescentes y familiares.

ENFERMERA EXTRA HOSPITALARIA

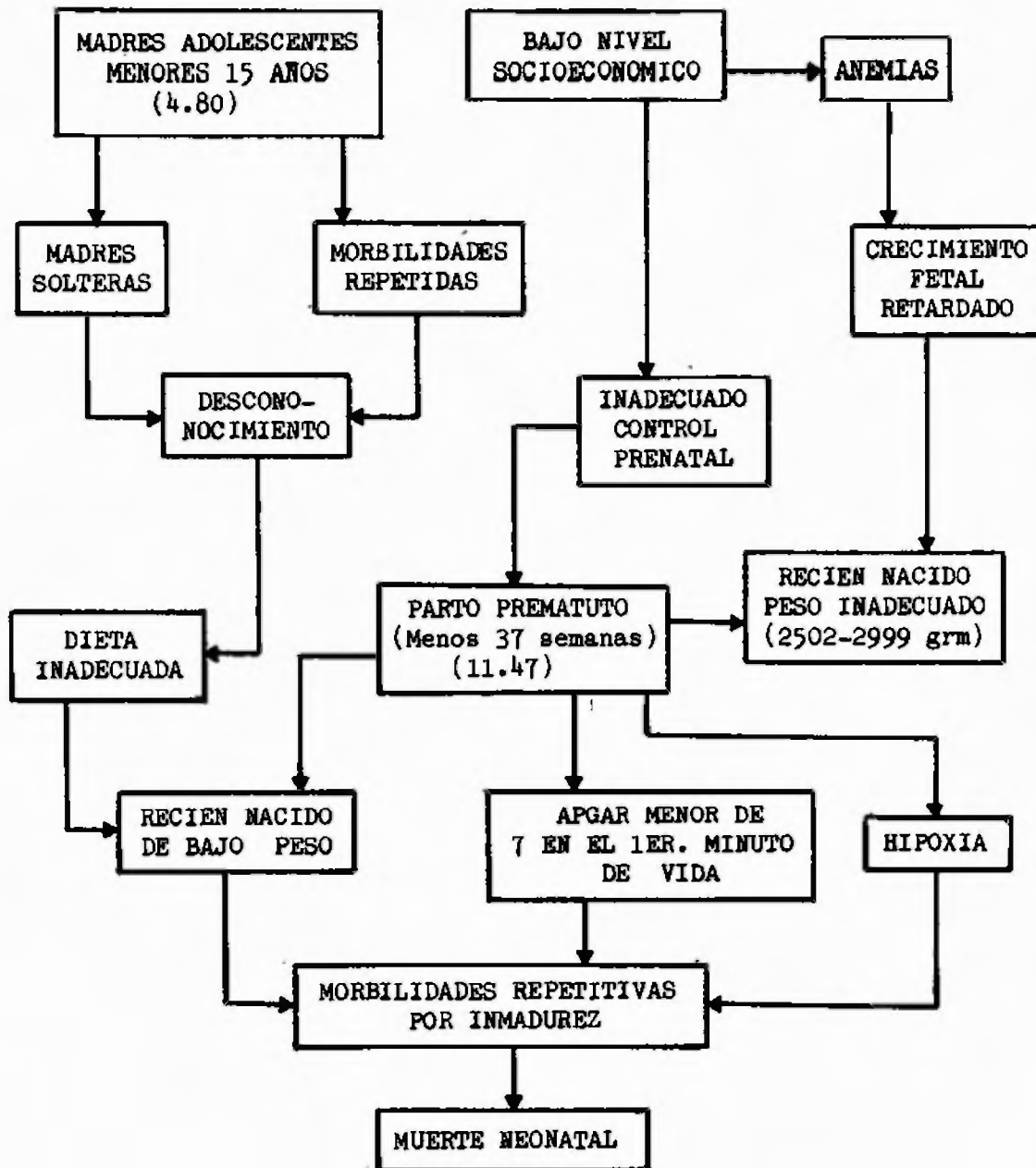
1. Promover captación temprana de madres adolescentes inasistidas.
2. Promover atención temprana y continuada de madre-hijo.
3. Coordinar formación de grupos comunales para divulgación.
4. Estructurar orientación y guía en escuelas primarias como prevención.
5. Brindar atención oportuna y profesional.

Atención completa Estado de Salud	Evaluación socioeconómica cultural	Historia gestacional examen físico.	Laboratorios.	Odontología.	Períodos de gestación. parto, puerperio, planificación familiar.
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------	--------------	--

APENDICE No. 10

RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS  
A LA MORBILIDAD AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS  
DE MADRES ADOLESCENTES HOSPITAL SANTO TOMAS  
DE OCTUBRE A DICIEMBRE 1988

RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD  
AL NACER DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE 1988

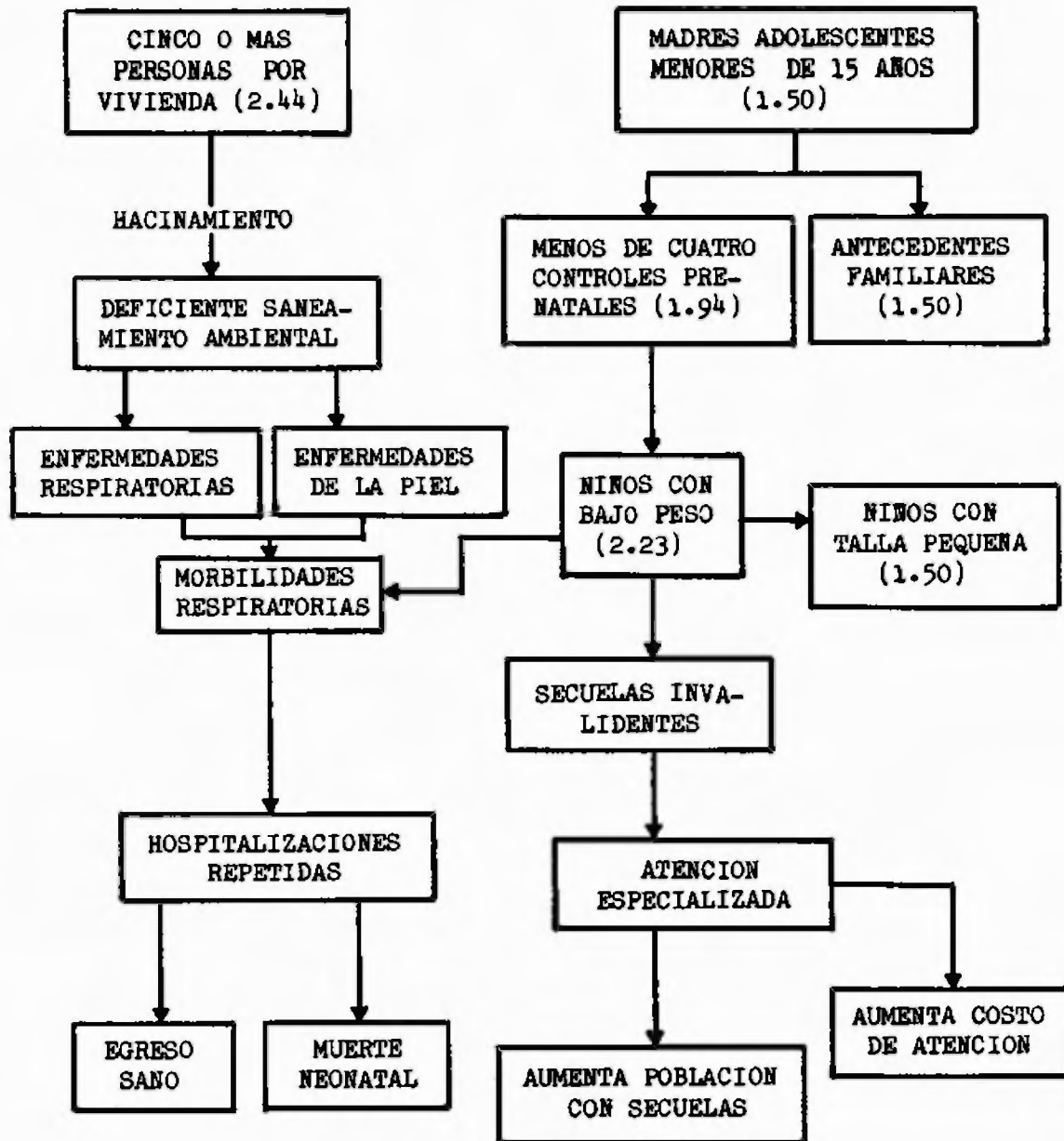


APENDICE No. 11

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL  
DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988



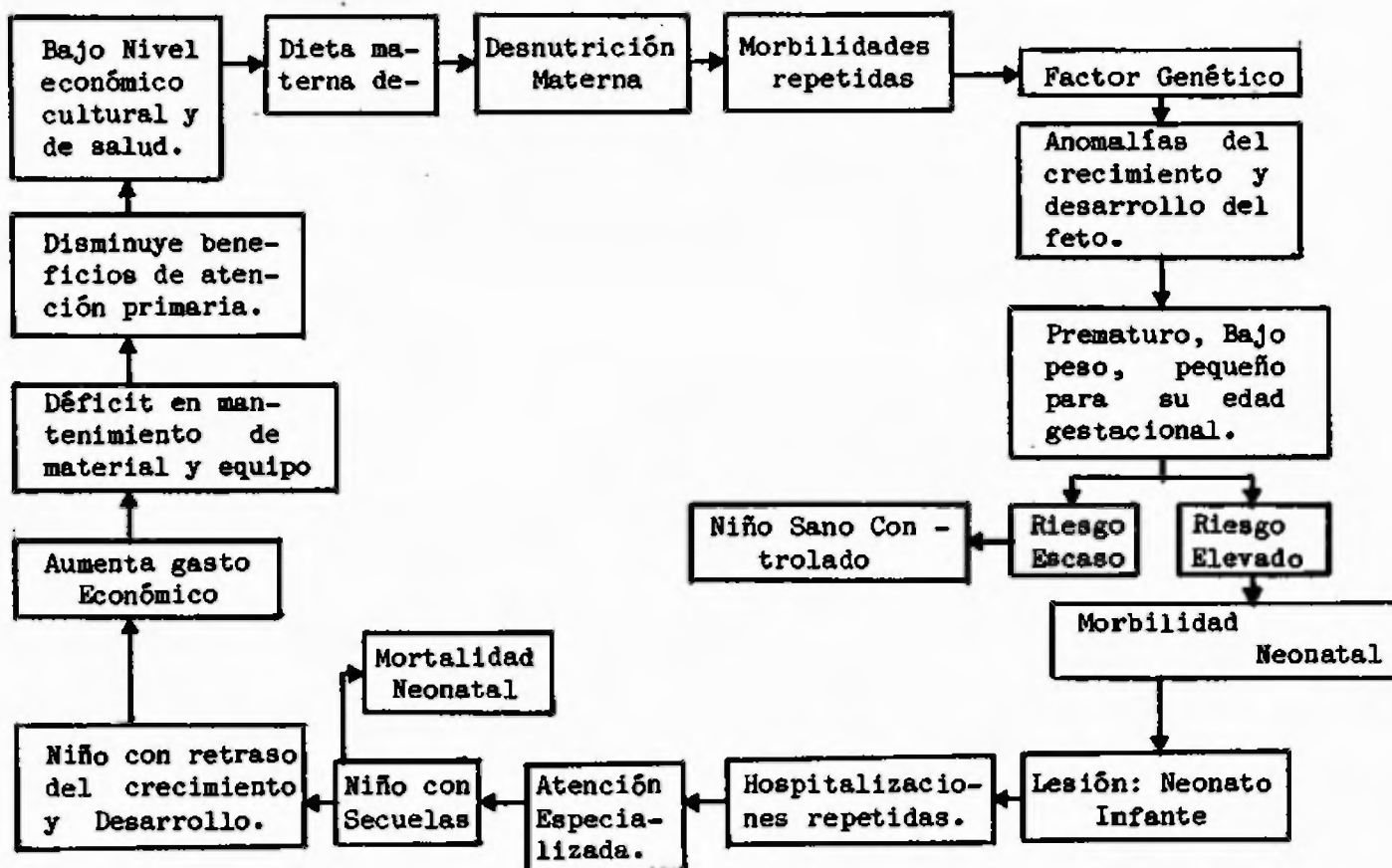
FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD NEONATAL  
DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL SANTO TOMAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 1988



APENDICE No. 12

FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD  
SEGUN EL NIVEL SOCIAL ECONOMICO-CULTURAL Y DE SALUD

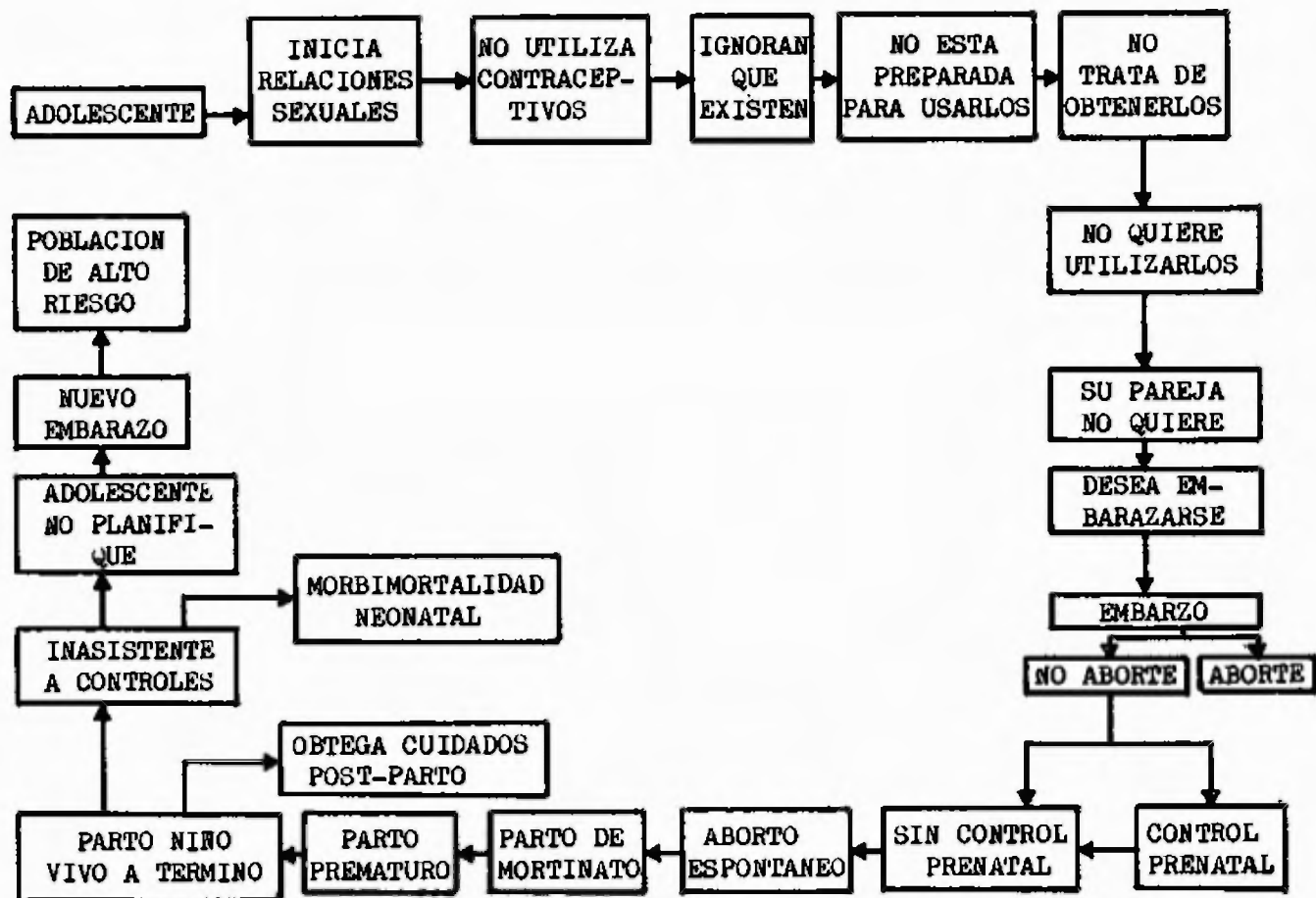
FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD SEGUN  
EL NIVEL SOCIAL ECONOMICO-CULTURAL Y DE SALUD



APENDICE No. 13

DIAGRAMA DE ACONTECIMIENTOS RELATIVOS AL EMBARAZO  
EN ADOLESCENTES COMO POBLACION DE ALTO RIESGO

DIAGRAMA DE ACONTECIMIENTOS RELATIVOS AL EMBARAZO  
EN ADOLESCENTES COMO POBLACION DE ALTO RIESGO



A N E X O S

BIBLIOTECA  
UNIVERSIDAD DE PANAMA

ANEXO No. 1  
PUNTAJE DE APGAR

ANEXO N°1

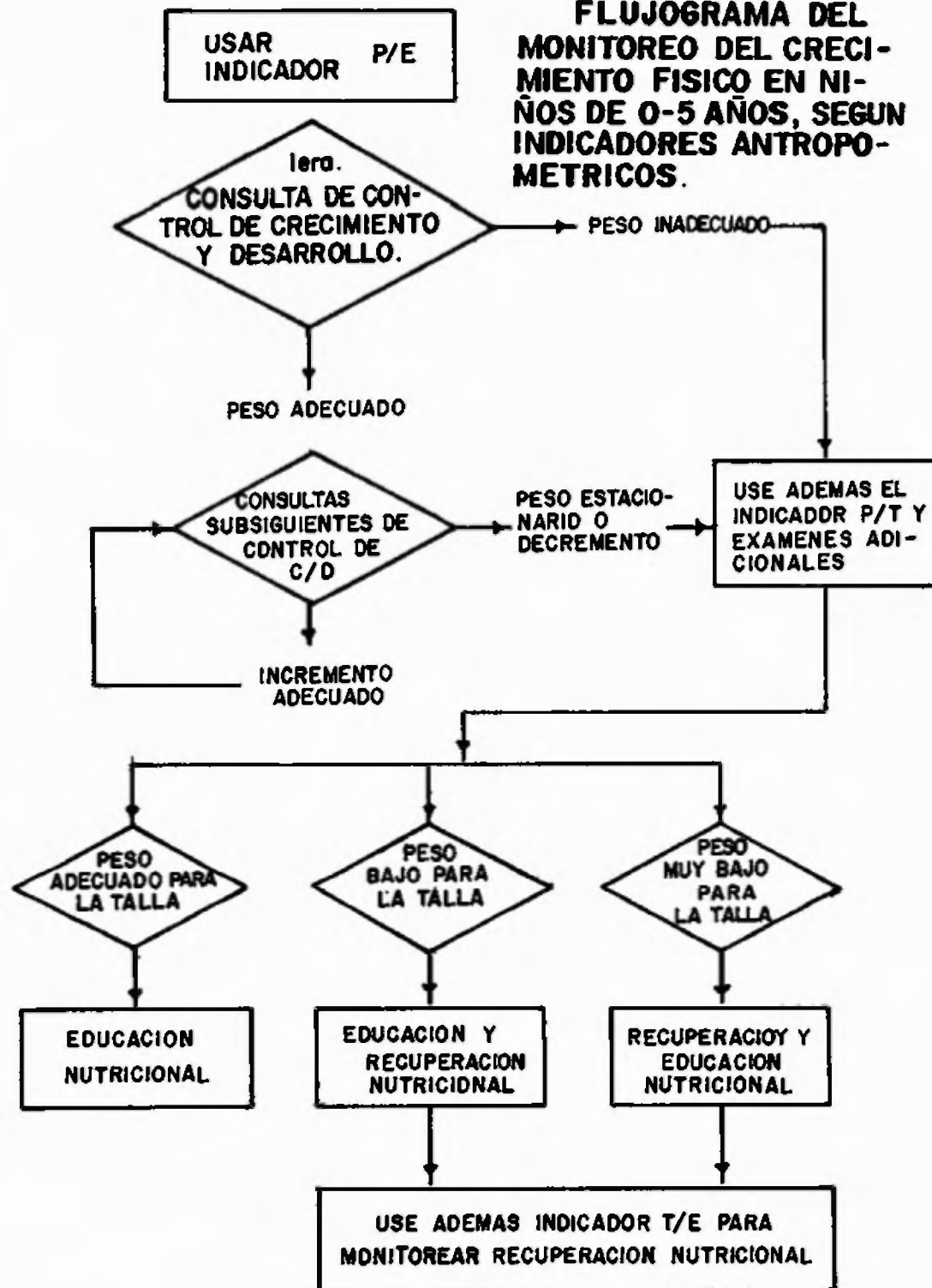
PUNTAJE DE APGAR			
SIGNO	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO	Ausente	Menos de 100	100 ó más
RESPIRACION	Ausente	Irregular	Regular ó LLanto
TONO MUSCULAR	Flaccidez	Flexión Moderada de Extremidades	Movimientos Activos
IRRITABILIDAD REFLEJA	Sin Respuesta	Muecas	LLanto Vigoroso
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	Palidez ó Cianosis Generalizada	Cianosis Distal	Rosado



ANEXO No. 2

FLUJOGRAMA DEL MONITOREO DEL CRECIMIENTO  
FISICO EN NIÑOS DE 0 - 5 AÑOS  
SEGUN INDICADORES ANTROPOMETRICOS

**ANEXO Nº 2**  
**FLUJOGRAMA DEL**  
**MONITOREO DEL CRECI-**  
**MIENTO FISICO EN NI-**  
**ÑOS DE 0-5 AÑOS, SEGUN**  
**INDICADORES ANTROPO-**  
**METRICOS.**



ANEXO No. 3  
ESQUEMAS DE CITAS

ESQUEMA DE CITAS

EDAD	CENTRO DE SALUD POLICLINICA RECURSO	SC	S/PS	ACTIVIDAD AGREGADA
7 días	Médico o Enf.			(Sólo región Metropoli- tana
15 días	Médico o Enf.	Según recur-		Vacunación
1 mes	Médico o Enf.	so disponi -		
2 meses	Enfermera	nible: Ayu -		Vacunación
3 meses	Médico	dante de Sa-		
4 meses	Enfermera	lud, Auxiliar		Vacunación
6 meses	Médico	de Enferme -		Vacunación
9 meses	Enfermera	ría, Enfer -		Vacunación
12 meses	Médico	mera o médi-		
15 meses	Enfermera	co.		Vacunación
18 meses	Enfermera			
2 años	Médico y Odontólogo			
2 1/2 años	Enfermera			
3 años	Médico			
3 1/2 años	Enfermera			
4 años	Médico			
4 1/2 años	Enfermera			Refuerzo
5 años	Médico			Vacunación

Fuente: Ministerio de Salud. Normas del Programa Infantil. (Panamá: Ministerio de Salud, 1988). p. 17

ANEXO No. 4  
INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DEL PERFIL  
DE EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 - 6 AÑOS

1. ASPECTOS QUE DEBEN CONSIDERARSE AL HACER UNA EVALUACION

- a. La evaluación debe hacerse en presencia de la madre o acompañante. Esto es importante por varias razones. Entre ellas: el niño se sentirá más confiado, la señora podrá colaborar con el evaluador cuando el niño se niegue a responderle y, además, la madre aprenderá las conductas que su hijo debe realizar acorde con su edad.
  
- b. La evaluación debe realizarse preferiblemente cuando el niño esté en buen estado de salud. Es importante indagar si presenta algún síntoma de enfermedad que pueda afectar su desempeño durante el examen. De ser así, es probable que los resultados no sean lo suficientemente confiables. Enfermedades o síntomas como los siguientes pueden afectar la conducta del niño: fiebre alta, resfríos acompañados de inapetencia y tos seca, conjuntivitis, dolores de oído. Así mismo es importante averiguar si el pequeño toma algún medicamento que pueda alterar su

desempeño. Las vitaminas y minerales no producen cambios en este sentido.

- c. La situación de examen debe iniciarse cuidadosamente, con tacto, de modo que el niño no se sienta amenazado. A menudo el establecimiento de una conversación casual con la madre mientras se organiza el material de evaluación, le da tiempo al niño para familiarizarse con el nuevo ambiente. Esto es importante, en especial cuando el pequeño es inhibido o tímido.
  
- d. Debe realizarse el máximo de esfuerzo para que tanto la madre como su hijo se sientan cómodos durante la situación del examen, a fin de promover la conducta espontánea y natural del niño. Por ejemplo, es preferible realizar las evaluaciones por la mañana, cuando el niño generalmente está alerta y satisfecho. Deben evitarse las largas esperas antes del examen y si el niño lo necesita, durante el desarrollo de éste, debe dársele tiempo para que mame, vaya al baño o tome algún refrigerio. Recuerde que sola-

mente bajo condiciones adecuadas el niño podrá demostrar sus habilidades reales.

- e. Deben considerarse evaluadas aquellas conductas objeto del examen que sean observadas por el examinador durante la actividad libre y espontánea del niño. El examinador debe estar atento para observar actividades motoras, de lenguaje, socioafectivas, etc., que se presenten fuera de la situación del examen propiamente dicha, pero que están contempladas en la Escala. Por ejemplo, la conducta del niño entre tanto el examinador conversa con la madre, mientras se encuentra en la sala de espera, etc.
  
- f. En relación con el ambiente físico, conviene tener en cuenta que, aunque el examen puede efectuarse, por ejemplo, en la propia casa del niño, en el jardín de un Kinder, etc., las condiciones ideales para realizarlo incluyen una habitación amplia, una mesa y sillas para la madre, el niño y el examinador. Lo importante es que el pequeño tenga libertad de movimientos durante el examen.



g. En lo referente a los materiales usados en la evaluación, afortunadamente éstos pueden adquirirse con facilidad y aparecen especificados en la columna "materiales", al lado de la descripción de cada conducta, de modo que el examinador pueda saber que material va a necesitar para probar cada conducta. Los materiales han sido seleccionados cuidadosamente, por lo que en la práctica es conveniente no realizar sustituciones casuales. Al adquirirlos deben seguirse fielmente las dimensiones y colores que se indican. No obstante las especificaciones anteriores, si existe dificultad para conseguir algún material, éste puede sustituirse por otro con características similares. Uno o dos juguetes atractivos que no formen parte del material de evaluación pueden ser utilizados como medio para facilitar el contacto con el niño antes del examen y después de éste. Por último, algunos objetos que el niño manipula y puede llevarse a la boca deben ser cuidadosamente lavados antes de cada examen.

2. INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACION DEL NIÑO

- a. Anote la edad que el niño tiene el día en que lo evalúa, en la casilla que está ubicada en el margen izquierdo del perfil, bajo la columna "Edad del Niño."
- b. El perfil de desarrollo consiste en una serie de casillas donde aparecen descritas las conductas que ejecuta la mayoría de los niños, desde su nacimiento hasta los 6 años.
- c. Para evaluar a un niño, empiece por buscar en la columna "FASES" la edad del niño y en las casillas hallará las conductas que se espera que éste pueda realizar de acuerdo a su edad. Por ejemplo, si el niño tiene 3 años y 2 meses, deberá ser capaz de hacer todo lo que se describe en la línea horizontal que se inicia en la fase 3-4.
- d. Evalúe al niño área por área. Marque una (+), en el perfil de desarrollo, todas aquellas conductas que el niño puede ejecutar y continúe evaluando las conductas correspon-

dientes a esa área en la edad siguiente. Si también puede realizarla, márquela y pase a la edad que sigue, hasta que ya no pueda continuar. Significa que el niño en esa área se encuentra avanzado en su desarrollo.

- e. Si el niño no realiza una de las conductas esperadas para su edad en un área de desarrollo determinada, evalúe la conducta que se espera realice en la edad anterior, Si esta conducta tampoco se cumple, continué evaluando las conductas de edades anteriores hasta que logre efectuar una. Marque con un (-) esa conducta. Quiere decir que el niño, en esa área determinada se encuentra retrasado en su desarrollo.
  
- f. En algunas casillas aparecen dos conductas esperadas. En tales casos se espera que el niño cumpla ambas acciones para considerar que se encuentra funcionando adecuadamente para su edad en esa área específica. Si puede ejecutar una conducta pero no la otra, no evalúe las conductas de la edad anterior tal como se describe en el punto d.

Lista de Materiales para la Evaluación

- 1 Sonajero
- 1 capanita
- 1 mota de lana roja (4cm. de diámetro)
- 1 bola roja de caucho de 3 1/2 cm. diámetro.
- 4 cubos de madera de 2 cm. de lado: 1 rojo,  
1 azul, 1 amarillo y 1 verde.
  
- 1 espejo de más o menos 15 cm. de diámetro.
- 1 rompecabezas de 3 piezas.
- 1 Cuchara
- 1 Taza de plástico.
- 7 tuquitos de madera de varios colores de  
2 1/2 cm. de lado.
- 1 cordón de zapato.
- 1 envase o frasco de plástico con tapa.
- 1 tijera pequeña.
- 1 lápiz o creyones.
- 7 cuentas para ensartar.
- 1 saquito de tela de 10 x 10 cm de lado, granos  
de arroz.  
Figuras de animales.
- 2 hojas de papel en blanco o papel de construc-  
ción.
- 1 paquete de galletas o pasitas.

ANEXO No. 5

PERFIL PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO  
DEL NIÑO DE 0 - 1 MES

PERFIL PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO  
DEL NIÑO DE 0 - 1 MES

AREA	CONDUCTA A EVALUAR	MATERIALES	INSTRUCCIONES	CRITERIO PARA CONSIDERAR VALIDA LA CONDUCTA
Motora Gruesa (Reflejos)	R. Tónico Asimétrico del cuello.		Coloque al niño boca arriba con el cuello en línea media y luego gíralo, suavemente, el mismo hacia un lado.	Se observará reflexión del brazo contra lateral y extensión del brazo y la pierna del lado hacia donde se hizo girar el cuello.
	R. Moro		Con el niño acostado boca arriba tómelo de ambas manos, levántelo unos 20 cms. y dejelo caer.	Abre los brazos (extensión) y luego los lleva hacia adelante como si abrazara (flexión). A menudo responde también con llanto.
	Al intentar sentarlo la caída de la cabeza hacia atrás		Coloque al niño en posición boca arriba y llévelo a la posición sentada halándolo suavemente de los brazos.	Se observará que la cabeza cae suavemente hacia atrás.
Motora Fina	Presión Palmar	dedo	Haga presión suave con su dedo pulgar o un objeto firme sobre la palma de la mano del niño.	Aprieta fuertemente el dedo u objeto que lo estimula.

AREA	CONDUCTA A EVALUAR	MATERIALES	INSTRUCCIONES	CRITERIO PARA CONSIDERAR VALIDA LA CONDUCTA
Congnositiva	Fija la mirada en un objeto brillante.	Mota de algodón roja.	Acueste al niño boca arriba y presente el estímulo a 20 cm. de su cara.	Fija su mirada en el estímulo visual durante 2 ó 3 segundos.
Lenguaje	Succión	dedo	Coloque el dedo en la boca del niño.	Este succionará automáticamente con fuerza el dedo del examinador.
	Llanto		Estimule al niño para que lllore y escuche el llanto.	Escuche el tono, intensidad del llanto comparándolo con el del niño normal.
	Cambio de actividad ante el sonido.	Campanilla Sonajero	Produzca un sonido a 20cm. del lado derecho de la cabeza del niño, luego del lado izquierdo asegúrese que el niño no vea objeto ni el movimiento del brazo del examinador.	Busca con la mirada o movimiento de cabeza la fuente del sonido.

AREA	CONDUCTA A EVALUAR	MATERIALES	INSTRUCCIONES	CRITERIO PARA CONSIDERAR VALIDA LA CONDUCTA
Socio-Afectiva	Se calma al alzarlo y al hablarle		Pregúntele a la madre sobre el tipo de alimento que da a su hijo.	La respuesta es afirmativa si toma leche materna. Si el niño se alimenta con otra leche que no sea la materna u otro alimento, anótalo en "observaciones" e indique las razones por las cuales la madre no le alimenta con su leche, o le da otro tipo de alimento.



PERFIL PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO  
DEL NIÑO DE 0 A 1 MES

AREAS FASE	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	CONGNOSITIVA	LENGUAJE	SOCIAL AFECTIVA	HABITOS DE SALUD Y NUTRICION
0 - 1	R. Moro  R. Tónico Asimétrico del cuello  Al intentar sentarlo caída de la cabeza hacia atrás.	Presión Palmar	Fija la mirada en un objeto brillante.	Succión.  Llanto.  Cambio de actividad ante el sonido.	Se calma al hablarse y al alzarlo.	Se alimenta con leche materna exclusivamente.