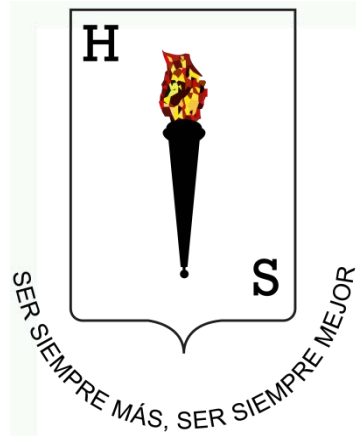


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

COMPLICACIONES EN EMBARAZOS A TEMPRANA EDAD

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ALMA DELIA FONSECA COVARRUBIAS

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN ; 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *AGRADECIMIENTOS*

*A mi Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, por permitirme formar parte de ella , por todos los conocimientos y las bases que me brindaron en estos años, gracias a ella puedo decir que soy lo que hoy en día represento, un profesional de enfermería.*

*A mis maestros por su comprensión, apoyo, entrega y sabiduría que cada uno ha transmitido en mí a lo largo de estos años, gracias por todo lo que han hecho por mí, sé que no ha sido un camino fácil de recorrer.*

*A la directora académica MARTHA ALCARAZ ORTEGA, ya que es mi mayor ejemplo y motivación para saber que no me equivoque al elegir esta profesión, agradecer por su paciencia, su comprensión y calidad humana hacia mi formación y por su apoyo que me brindo todos estos años.*

## **DEDICATORIA**

*A mis padres por el apoyo que me han brindado durante todos mis años de estudio. A mis hermanas que a pesar de sus tareas y cansancio me apoyaron incondicionalmente.*

*A toda la Familia Fonseca Covarrubias por su apoyo y comprensión que tuvieron para mí, desde que los he conocido y que ya forman parte de mi Familia.*

*A mis amigas (os) porque gracias a ellas tuve un impulso que me ayudó a continuar.*

*A Dios por haberme dado una familia, por haberme dado vida todo este tiempo, por la posibilidad de poder obtener el conocimiento y el valor de seguir adelante y de poder desempeñarme como profesional en Enfermería.*

*A mis padres por la herencia que me han dejado en vida que son los valores humanos y morales que me enseñaron, principalmente el respeto y honestidad para conmigo y con los demás, además de una carrera la cual espero y deseo continuar por el resto de mi vida brindando lo mejor que tengo.*

*Especialmente a las Usuarías Adolescentes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud ya que son y serán quien nos proporciona las herramientas necesarias para hacernos crecer como profesionales así mismo por la práctica diaria que tenía.*

## CONTENIDO

I.	DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN .....	1
II.	CONTEXTO PROBLEMÁTICO .....	2
III.	HIPÓTESIS.....	3
IV.	OBJETIVOS DE ESTUDIO.....	4
V.	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN .....	5
VI.	METODOLOGÍA.....	6
VII.	MARCO TEÓRICO .....	10
VIII.	RESULTADOS .....	26
IX.	CONCLUSIÓN.....	45
X.	PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	47
XI.	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	49
XII.	ANEXOS.....	51

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. ¿Cuál es su estado civil?.....	28
Cuadro 2. ¿Antes de casarte ya vivías con tu pareja?.....	29
Cuadro 3. ¿Tuviste que abandonar tus estudios por tu embarazo?.....	30
Cuadro 4. ¿Tienes información sobre los métodos de planificación familiar?.....	31
Cuadro 5. ¿Te sientes responsable para cuidar a tu bebe? .....	32
Cuadro 6. ¿Aceptas tu maternidad? .....	33
Cuadro 7. ¿Tu embarazo fue planeado? .....	34
Cuadro 8. ¿Actualmente con quien vives?.....	35
Cuadro 9. ¿Cuáles son las personas en quien más confías? .....	36
Cuadro 10. ¿Ocupación Actual? .....	37
Cuadro 11. ¿Tipo de vivienda? .....	38
Cuadro 12. ¿Cuánto te respetas a ti misma?.....	39
Cuadro 13. ¿Qué lugar ocupas en tu familia?.....	40
Cuadro 14. ¿Cuándo te enteraste que estabas embarazada tu actitud fue de? .....	41
Cuadro 15. ¿Tienes amigas de tu edad que estén embarazadas?.....	42
Cuadro 16. ¿Acepto tu pareja el embarazo? .....	43
Cuadro 17. ¿Aceptaron tus padres el embarazo?.....	44

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. ¿Cuál es su estado civil? .....	28
Figura 2. ¿Antes de casarte ya vivías con tu pareja? .....	29
Figura 3. ¿Tuviste que abandonar tus estudios por tu embarazo? .....	30
Figura 4. ¿Tienes información sobre los métodos de planificación familiar? .....	31
Figura 5. ¿Te sientes responsable para cuidar a tu bebe? .....	32
Figura 6. ¿Aceptas tu maternidad? .....	33
Figura 7. ¿Tu embarazo fue planeado? .....	34
Figura 8. ¿Actualmente con quien vives? .....	35
Figura 9. ¿Cuáles son las personas en quien más confías? .....	36
Figura 10. ¿Ocupación Actual? .....	37
Figura 11. ¿Tipo de vivienda? .....	38
Figura 12. ¿Cuánto te respetas a ti misma? .....	39
Figura 13. ¿Qué lugar ocupas en tu familia? .....	40
Figura 14. ¿Cuándo te enteraste que estabas embarazada tu actitud fue de? .....	41
Figura 15. ¿Tienes amigas de tu edad que estén embarazadas? .....	42
Figura 16. ¿Acepto tu pareja el embarazo? .....	43
Figura 17. ¿Aceptaron tus padres el embarazo? .....	44

## I. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se hablara del embarazo en las adolescentes solteras que a pesar de que muchas jovencitas quedan embarazadas involuntariamente, toman el reto de la maternidad y salen adelante con ello. Cabe mencionar que en las clases sociales marginales la mayoría de madres adolescentes lo deciden por la propia voluntad, sin embargo, en ambos casos, las chicas se deciden por luchar, salir adelante y demostrar ese don y virtud que es la maternidad.

Muchas madres jóvenes sufren por diferentes etapas desde que descubren que están esperando un bebé, la mayoría pasa por la etapa de negación, en la cual no admiten el hecho y se frustran e incluso pueden llegar a deprimirse. Después de la negación, viene la difícil y dura tarea de contarlo a la familia, dependerá mucho de la relación que la chica tenga con sus papás, tutores y hermanos de la dificultad de contarlo las reacciones pueden ser diversas, pero por lo general en un alto porcentaje las familias siempre apoyan a la adolescente, aunque al principio sea difícil aceptarlo si tú vas a ser una madre joven y aún no se lo has contado a tu familia, toma en cuenta que ellos necesitarán un tiempo para asimilar la noticia.

Posteriormente viene el miedo ante la situación poco a poco el bebé crece en el vientre y se dan cuenta del reto que se aproxima finalmente, pasan por una etapa de miedo al rechazo social, del qué dirán. Sin embargo, aunque los amigos y conocidos juzguen un poco al principio, el apoyo se hace ver a partir de los 6 meses de gestación, cuando presumen lo hermosa que se ve la amiga embarazada.

Muchas madres jóvenes aceptan el reto con muchísima madurez y se toman el tiempo y dedicación para la crianza del niño cabe recordar que el reto de la maternidad se da a cualquier edad y que ninguna mamá primeriza, sea joven o adulta, tiene el manual exacto para fungir como madre.



## II. CONTEXTO PROBLEMÁTICO

Dentro de mis prácticas tuve la oportunidad de atender a adolescentes que son madres a temprana edad con problemas de adaptación a la situación que están presentando y me llamo mucho la atención como cada vez es más frecuente en la actualidad y esto es un problema social y también del sector de salud que tiene que prevenir que se presenten cada vez más casos de madres adolescentes.

*¿Cuáles son los principales factores de riesgo que pueden desencadenar el embarazarse a temprana edad?*

### PROBLEMA

**¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES DE EMBARAZARSE A TEMPRANA EDAD?**

### DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se realizó con adolescentes embarazadas que acuden a consulta externa durante los meses de enero hasta el mes de abril del 2014

Ya que en el mes de enero se dieron consultas de gineco obstetricia en el mes de enero del 2014 a 569 embarazadas adultas y adolescentes en febrero 470 y en marzo 567, en el mes de abril a 485.

### **III. HIPÓTESIS**

Las complicaciones de un embarazo a temprana edad son socioculturales, biológicas, sociales, psicológicas, políticas, económico.

Los embarazos por lo general no son planeados, ya que los adolescentes empiezan a temprana edad su vida sexual.

El embarazo en adolescentes es más frecuente en hijas de madres que también tuvieron hijos a muy temprana edad.

#### IV. OBJETIVOS DE ESTUDIO

##### a. Objetivo general

Identificar cuáles son los factores de riesgo que condicionan el embarazo en adolescentes solteras, así conocer la incidencia de esta patología en la actualidad.

##### b. Objetivo específico

Brindar atención de enfermería adecuada a adolescentes solteras que se enfrentan a un embarazo a temprana edad teniendo presente los factores socioculturales y ambientales con el fin de crear un marco conceptual en el cual fundamente mi investigación.

Titulo	Objetivo general	Objetivo específico	Indicador para la pregunta de investigación
Atención de enfermería en adolescentes solteras que presentan un embarazo a temprana edad	Identificar cuáles son los factores o causas que presenta una embarazada adolescente soltera.	Identificar los factores de riesgo para que se produzca un embarazo en las adolescentes. Conocer las complicaciones de un embarazo a temprana edad.	Concepto Método Beneficios Sociales Económicos Culturales Psicológicos

## V. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- Dependiente 1: Embarazo.
- Independiente 2: Complicaciones.

## VI. METODOLOGÍA

El tipo de metodología que se utilizó fue el método cuantitativo, por medio de la técnica de investigación documental en la cual se recopiló la información para enunciar las teorías que sustentan este tipo de casos.

El método es considerado el camino para alcanzar una meta. Para ello se realiza una determinada serie de pasos o técnicas, de manera repetida de tal forma que pueda ser realizada innumerable cantidad de veces para alcanzar el objetivo deseado de manera reiterada.

Método científico (del griego *hacia*, a lo largo camino, y del latín *conocimiento*; camino hacia el conocimiento) es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias. Para ser llamado científico, un método de investigación debe basarse en la empírica y en la medición, sujeto a los principios específicos de las pruebas de razonamiento.

El método científico está sustentado por dos pilares fundamentales. El primero de ellos es la reproducibilidad, es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento, en cualquier lugar y por cualquier persona. Este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad. El segundo pilar es la reusabilidad. Es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada o refutada. Esto implica que se podrían diseñar experimentos, que en el caso de dar resultados distintos a los predichos, negarían la hipótesis puesta a prueba.

## **Investigación documental**

Una investigación documental es aquella basada en documentos (libros, artículos, revistas, periódicos, etc.).

Normalmente se recopila todo el material y se analizan los documentos desde el texto hasta las imágenes si es que lleva incorporadas.

### **Características de la investigación documental**

- ✚ Se caracteriza por la utilización de documentos: recolecta, selecciona y presentan resultados coherentes.
- ✚ Utiliza procedimientos lógicos y mentales de toda investigación, análisis, síntesis, deducción e inducción.
- ✚ Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos.
- ✚ Puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.

### **Tipos de la investigación documental**

- ✚ Investigación histórica: trata la experiencia pasada describe lo que era y representa una búsqueda crítica de la verdad que sustenta los acontecimientos pasados. Actualmente la investigación histórica se presenta con una búsqueda crítica de la verdad, sustentando los acontecimientos del pasado.
- ✚ Investigación descriptiva: Abarca la descripción, registra, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la comprensión de procesos y fenómenos de la realidad estudiada (trabaja sobre realidades de hecho, su característica fundamental es presentar una interpretación correcta).
- ✚ Investigación experimental: Se desarrolla mediante la manipulación de una variable experimental no comprobada, en condiciones

rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por que causa se produce una situación o acontecimiento particular.

### **Investigación de campo**

Se trata de la investigación aplicada para comprender y resolver alguna situación, necesidad o problema en un contexto determinado. El investigador trabaja en el ambiente natural en que conviven las personas y las fuentes consultadas, de las que obtendrán los datos más relevantes a ser analizados, son individuos, grupos y representaciones de las organizaciones científicas no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales y cotidianas.

### **Características de la investigación de campo**

Este tipo de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones. La investigación de campo es la más completa, auxilia y mejora la información documental. En algunas ocasiones, la información directa recabada por medio de estos procedimientos basta para tener auténtica validez. La investigación de campo es el trabajo metódico realizado para acopiar o recoger material directo de la información en el lugar en el lugar mismo donde se presenta el fenómeno que quiere estudiarse o donde se realizan aquellos aspectos que van a sujetarse a estudio.

- ✚ **Inductivo:** en este caso se intenta alcanzar el conocimiento a partir de la generalización de los datos particulares obtenidos. Es decir que a partir de conocimientos particulares puedo inducir conocimientos particulares, que podrán ser aplicados a una población mayor.

✚ **Deductivo:** este método es considerado el opuesto al método inductivo ya que a partir de conocimientos generales se buscan conocimientos particulares. Para ello se busca clasificar elementos determinados.

La muestra de población fueron cien personas, el cuestionario se aplicó a un 10% de la población el cual se aplicó durante un mes en la consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud en pacientes que asistían a consulta de ginecología Las gráficas son los resultados de los datos obtenidos de las encuestas analizadas.

Para obtener el número de personas para la aplicación de la encuesta se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Con el propósito de que la muestra fuera representativa, se realizó una determinación estadística utilizando para ello, la siguiente fórmula:

#### **Investigación de campo**

$$N = \frac{Z^2 pq N}{E^2 N + Z^2 p q}$$

#### **Significado de valores**

N= tamaño de la población

n= tamaño de muestra

Z2= consecuencia del tamaño de muestra

E= margen de error aceptado

P= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso



## VII. MARCO TEÓRICO

El embarazo es un estado pasajero que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

### COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

La **placenta previa** es una complicación que se produce en uno de cada 200 embarazos aproximadamente, y consiste en que la placenta (adherida a la pared del útero mediante vasos sanguíneos) se sitúa cerca o sobre el cuello uterino (abertura del útero). Hay tres tipos de placenta previa:

- ✓ Placenta previa total: cuando la placenta cubre completamente el cérvix.
- ✓ Placenta previa parcial: cuando la placenta cubre el cérvix parcialmente.
- ✓ Placenta previa marginal: cuando la placenta está cerca del borde del cérvix.

Es frecuente observar placenta previa antes de la semana 20 de embarazo pero, con el crecimiento del útero, la placenta se desplaza hacia arriba, alejándose del cérvix. Sin embargo, si la placenta continúa junto a la abertura del útero, obstruyéndolo total o parcialmente, existe riesgo de sangrado intenso durante el parto, por lo que en estos casos se recomienda practicar una cesárea.

La **pre eclampsia** es una afección propia de las mujeres embarazadas, que se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria es decir,

presencia de proteínas en la orina. Si solo se manifiesta uno de los dos signos, por ejemplo, hipertensión arterial, no se puede decir que la embarazada padezca pre eclampsia. En realidad, estos signos funcionan como alarmas que indican que algo no va bien en el sistema arterial de la futura madre, lo que exige un control de sus cifras de tensión para evitar que desemboque en otras complicaciones que son el verdadero peligro de la pre eclampsia, entre ellas la eclampsia.

El **parto pre término** aparece en el 5-10% de las embarazadas; se define como el parto que se produce entre las semanas 28 a 37 del embarazo, y es un problema no sólo obstétrico, sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo.

Antes de la semana 20 se considera aborto.

Cuanto más prematuro es el bebé, existen menos posibilidades de que sobreviva y, en caso de conseguirlo, tendrá que hacer frente a mayores dificultades: retraso mental, parálisis cerebral, problemas respiratorios, digestivos, pérdidas de visión y audición, retrasos en el desarrollo, y problemas de aprendizaje y de conducta.

La **anemia en el embarazo** es una afección muy frecuente durante el embarazo que se produce como consecuencia de bajos niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, y su función es transportar el oxígeno a través de la corriente sanguínea hacia los tejidos del cuerpo. Los órganos necesitan de este oxígeno para su correcto funcionamiento.

La **anemia ferropenia**, la más común, tiene su origen en una deficiencia de hierro, generalmente a causa de una alimentación escasa o inadecuada. Al disminuir la cantidad de hierro en la sangre se limita la producción de hemoglobina y los tejidos corporales no reciben suficiente oxígeno, lo que puede afectar a sus funciones.

Durante el embarazo aumenta el volumen sanguíneo y disminuye la concentración de hemoglobina por lo que es frecuente apreciar una anemia leve (anemia gravídica), que no suele requerir tratamiento. Los valores de hemoglobina que se consideran normales oscilan entre 12-16g/dL si la mujer no está embarazada y entre 11-14g/dL cuando sí lo está.

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social. <sup>1</sup>

### **Factores que intervienen**

Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

La adolescencia, por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que éste se desenvuelve, se considera como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de la personalidad.

En la atención primaria, el médico en su trabajo con el adolescente, debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir a su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta. De ahí que consideremos importante que tenga un buen manejo sobre los factores predisponentes de riesgo que pueden estar presentes en esta etapa de la vida.

---

<sup>1</sup> Botero V. J. Júbiz H.A. Henao G. Obstetricia y Ginecología. 7ª ed. Colombia: Corporación para Investigaciones; 2010. p. 373

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. Esta concepción no resulta muy útil para la salud del adolescente, cuyos problemas se generan más bien en el contexto social y afortunadamente no siempre originan mortalidad.

La idea fundamental de este enfoque es que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención a la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.

Por todo ello creemos muy importante hacer un análisis de los factores psicosociales de riesgo en la adolescencia; para esto consideraremos como principales factores de riesgo psicológicos los siguientes:

- ✚ Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas. Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte de la sociedad.
  
- ✚ Patrones inadecuados de educación y crianza. Estos pueden ser:
  - Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).
  
  - Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.
  
  - Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.

- Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
  - Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.
- ✚ Ambiente frustrante. Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.<sup>5</sup>
- ✚ Sexualidad mal orientada. Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad.<sup>2</sup>

La prevención, por lo tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Esto se puede apreciar en los dichos populares “más vale prevenir que curar” y “mejor prevenir que curar”. Puesto en otras palabras, si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades, minimizará las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo tanto, es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo por lo que prevenir es cosa de todos.

---

<sup>2</sup> José L, R, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2010.

Hoy en día prevenir un embarazo adolescente no deseado de manera efectiva es mucho más fácil que hace algunos años, gracias a los métodos anticonceptivos modernos, los y las jóvenes pueden hacerlo, pues planificar es una decisión libre e individual y un derecho sexual y reproductivo de fácil acceso ya que recibir información en salud sexual, reproductiva y sexualidad en general es un derecho lo importante es obtenerla de una fuente experta y confiable, saber que todas las decisiones que tomas en tu vida implican riesgos por eso es importante que no permitas que otros tomen la decisión por ti es mejor que estés informado e informada.

## **DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA**

La Adolescencia es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta. La palabra se deriva del latín *adolescere* que significa crecer hacia la madurez; implica un concepto más amplio que el término pubertad, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propio de esta transición. Por lo tanto, la adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural. Es vista como uno de los periodos más saludables de la vida, pero también como uno de los más problemáticos. Dentro de la morbilidad hacen sus apariciones algunas situaciones derivadas de comportamientos de riesgo como el fracaso escolar, delincuencia, enfermedades de transmisión sexual, el embarazo entre adolescentes y otras condiciones ginecológicas derivadas de la maduración del sistema reproductivo.<sup>3</sup>

## **CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA**

La pubertad comienza entre los nueve y catorce años de edad, cuando las hormonas hipotalámicas desencadenan la secreción de hormonas de la glándula hipófisis. Aunque la secuencia de eventos es universal, el comienzo de la pubertad está bajo la influencia de varios factores como el sexo, la herencia, el tipo corporal,

---

<sup>3</sup> Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B. Embarazo en adolescentes. Bol. Med Hosp. Infant Mex. 1998; 55(8):452-457.

la nutrición y la salud. El primer signo de la pubertad es el brote de crecimiento, un periodo de crecimiento acelerado que tiene lugar alrededor de dos años antes en las mujeres que en los varones, y se prolonga durante tres años. Los cambios que se producen en la apariencia corporal pueden hacer que los adolescentes se sientan tímidos y raros.

El desarrollo de características sexuales secundarias como las mamas y el vello púbico tienen un efecto particular en la imagen corporal del adolescente. Las características sexuales primarias incluyen la maduración de los ovarios que llevan a la madurez para la reproducción.

La maduración de los ovarios está marcada por la aparición de la menarquia la cual se produce alrededor de los trece años después del brote de crecimiento y sucede en casi la mitad de ellas cuando tiene doce años y medio, pero puede producirse desde los diez años hasta los 16 años.

A medida que madura el cerebro de la niña púber, se estimula el hipotálamo para que secrete hormonas liberadoras de gonadotropinas. Éstas estimulan la hipófisis anterior para que libere gonadotropinas que, a su vez, estimulan a las gónadas para que maduren y liberen los óvulos. Estos cambios fisiológicos hacen que el adolescente sea capaz de reproducirse. No obstante, los primeros ciclos menstruales por lo general son anovulatorios y la regularización de las ovulaciones puede no producirse durante el primer año. El sistema reproductor femenino permite que la mujer produzca óvulos, tenga relaciones sexuales, proteja y nutra el óvulo fertilizado hasta que se desarrolle completamente.

## **CAMBIOS SOCIOFAMILIARES**

La tarea principal del desarrollo en la adolescencia es la búsqueda de identidad como persona y como miembro de una comunidad más amplia. La meta última es el logro de la identidad que se produce cuando los adolescentes desarrollan su propio sistema de creencias y objetivos profesionales. Aunque

luchan para mantener la individualidad tienen dudas sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además de ésta búsqueda de independencia, los jóvenes también dependen de sus padres para el apoyo financiero y emocional. Algunos alcanzan la identidad de manera prematura, proceso que Ericsson llama foreclosure (dar por terminada una acción antes de su término natural). Otros experimentan la difusión de la identidad y tienen poco compromiso con metas, valores o con la sociedad. Incapaces de encontrar papeles alternativos, algunos adolescentes se revelan, adoptan una identidad negativa y se convierten en lo opuesto de lo que se espera de ellos. Algunos posponen las decisiones relacionadas con la profesión y el matrimonio (lo que declara una moratoria en la formación de la identidad), asistiendo a la universidad o prestando el servicio militar.

Conforme avanza el desarrollo del niño, sus relaciones familiares tienden a empeorarse por la autonomía de pensamiento y acción que hace que parezca más impertinente, pero cuando llega la adolescencia las fricciones con todos los miembros y en especial con los padres, alcanza su máximo grado.

Ahora que ya han crecido físicamente también tienen nuevas habilidades intelectuales que les permiten entender cosas más complejas y abstractas, les empiezan a interesar personas del otro sexo y el tipo de relación que llevaban con sus padres también sufre un cambio. Sus nuevas capacidades le hacen ver y vivir su vida familiar de manera diferente. Antes veían a sus padres como unos súper-héroes, querían ser como ellos cuando fueran grandes, eran sabios e inteligentes y ahora esa concepción ha cambiado. Los ven como a seres humanos comunes con los que les resulta cada vez más difícil hablar, entenderlos, se dan cuenta que a veces se equivocan y cometen errores.

Todos estos cambios propios de la adolescencia hacen que se vuelvan más silenciosos y poco dispuestos a cooperar en las tareas del hogar. Sus padres empiezan a criticar y a castigar esa conducta y es cuando empiezan a pensar que nadie los quiere y que nadie los comprende.



Ahora sienten la necesidad de separarse cada vez más de esas ligas familiares y quieren sentirse ellos mismos, probar, experimentar de qué son capaz, pasar más tiempo con sus amistades e iniciar noviazgos. Todo esto que les pasa es parte del desarrollo normal del adolescente y de alguna manera lo viven todos.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.<sup>4</sup>

## **SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

La sexualidad es parte integral del ser humano desde que nace y a lo largo de toda la vida. En la adolescencia la sexualidad se manifiesta en gran medida a través de los cambios físicos del cuerpo y en los cambios de la manera de pensar y relacionarse con los demás. En esta etapa entran a escena muchas sensaciones que su cuerpo experimenta cuando es explorado ante la imagen, olor, cercanía y contacto de una persona que manifiesta atracción.

Estas sensaciones son potencialmente enriquecedoras, pero en la adolescencia pueden representar una fuente significativa de dudas y angustias por tanto desconocimiento y prejuicios que la sociedad tiene acerca de la sexualidad de las y los jóvenes.

Las sensaciones eróticas o también llamadas excitación, es energía vital que busca expresarse, la manera en cómo estas sensaciones se generan está relacionada con la biología y comportamiento fisiológico, importantemente con el funcionamiento de tus hormonas, con la manera psicológica de ser y sobre todo, relacionada con los espacios sociales donde se vive y convive con otras personas,

---

<sup>4</sup> Aguilar José Ángel. "Programa de Educación Sexual y para la Vida, Dirigido a los Adolescentes", 14ª. Edición Ed. Planeta, México 2002.

de quienes aprendemos cómo sentir pero sobre todo, cómo manifestar esas sensaciones.

La sexualidad, sus sensaciones y manifestaciones en la adolescencia, como en cualquier etapa de la vida deben ser vistas como algo natural, debiéndose hablar de ello con toda libertad para aclarar dudas al respecto y poder así informada mente tomar decisiones responsables sobre nuestro comportamiento.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE**

### **DEFINICIÓN**

El embarazo en la adolescencia se define como “aquel que ocurre durante los primeros años de vida reproductiva de la mujer” (entre los límites de 10 y 19 años de edad señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)).

### **EPIDEMIOLOGÍA**

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública tanto en México, como en América Latina y el resto del mundo. En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes haya aumentado significativamente y que muchos de estos embarazos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirá de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana.<sup>11</sup>

En el año 2000 había en nuestro país 5, 082,487 de mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96 % ya tenía hijos, es decir 608, 070. 2 Además, entre

enero y febrero del 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes entre los 12 y los 14 años. Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres, y que muchas de ellas tienen más de un hijo.

## **CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Los factores que determinan un aumento en la frecuencia de embarazo en las adolescentes son, aumento de la población adolescente, aparición de la pubertad temprana, entre los factores que influyen en esto estarían, factores ambientales: como las modificaciones en la calidad de vida, así como también factores genéticos y psicológicos, factores culturales como cambios en las costumbres de la población en general, en esto cabe la carencia de afecto, conflictos familiares, el estímulo de la sexualidad por parte de los medios de comunicación y la actividad de la sociedad ante la libertad sexual, factores educativos como ignorancia de parte de los jóvenes acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción, educación sexual, así también como el de los métodos anticonceptivos, una inadecuada educación lleva al desconocimiento y desinformación.

Los embarazos no deseados se asocian con riesgo elevado de pobreza social y económica, así como a enfermedades, tanto para la madre como para su hijo, y a secuelas importantes de infecciones transmitidas sexualmente como: incremento de la susceptibilidad al virus de la inmunodeficiencia humana.<sup>14</sup>

## **CLASIFICACIÓN SOCIOFAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

El embarazo en la adolescencia y los problemas que se puedan presentar tienen diferentes características según el sector social donde éste ocurra: no es lo mismo la adolescente de un medio rural que la de uno urbano, ni la de sectores marginales que la de estratos sociales pudientes. Creo que esta diferenciación es importante para poder comprender lo que significa el embarazo en la

adolescencia, y cómo este repercute en el ámbito de la joven. Es por eso que se puede distinguir cuatro puntos:

El sector rural tradicional, contexto social referido a poblaciones chicas o familias que dependen de explotaciones rurales, que mantienen un estilo de vida tradicional. La adolescencia casi no existe y se asumen responsabilidades familiares y laborales a edades más prematuras. El embarazo se da con frecuencia antes de los 18 años lo que conduce a uniones tempranas. La noticia se toma como algo normal, no problemático, es aceptado porque está dentro de las normas y costumbres de la familia.

El sector urbano-marginal corresponde a las grandes ciudades, contexto familiar y sociocultural conflictivo, predomina la inseguridad laboral, la violencia familiar, abuso sexual, y deserción escolar temprana. En muchos casos son familias o adolescentes que han migrado de sectores rurales, y que sufren las consecuencias del desarraigo familiar y social. Ante la noticia del embarazo la adolescente puede llegar a provocarse abortos en condiciones insalubres, concurre a la atención médica en el momento del parto, y en la mayoría de los casos se incrementan uniones conyugales inestables que terminan siendo madres solteras abandonadas.

En el sector urbano-popular el contexto de estas adolescentes son sectores sociales populares o medio-bajos, que incorporan la aspiración que sus hijos completen la escuela secundaria y pospongan el embarazo o la unión hasta después de los 20 años. Los embarazos en la adolescencia en estos grupos sociales producen fuertes conflictos emocionales, y condicionan uniones tempranas insatisfactorias para la pareja o bien, las jóvenes se convierten en madres solteras. En estos casos, concurren al control prenatal cuando la situación del entorno familiar comienza a estabilizarse. Esto suele suceder a la mitad del embarazo. Hay una mayor conciencia de la importancia del cuidado materno y del niño.

En el sector medio-medio y medio-alto, las familias de estos sectores sociales aspiran a que sus hijos terminen la universidad. En ellas, la dependencia económica de los hijos suele prolongarse hasta bien avanzada la segunda década de vida. Tienen acceso a una educación y a la prevención del embarazo, por lo cual cuando este ocurre, significa “un accidente”. En general estos embarazos terminan en abortos inducidos, muchas veces sin consentimiento de la adolescente, o en uniones de pareja no siempre satisfactoria, a costa de prolongar la dependencia familiar.

Por todo lo antes descrito creemos que las condiciones riesgosas asociadas o que pueden favorecer el embarazo en adolescentes son por poca comunicación con los padres, abandono de la escuela, menarquia precoz, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, padre ausente, toxicomanías, adicciones, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, amigas que han iniciado vida sexual precozmente.<sup>5</sup>

### ***¿Cómo afecta la salud de la madre adolescente a su bebé?***

- ✚ Algunas adolescentes deben cambiar su estilo de vida para mejorar sus probabilidades de tener un bebé sano. Una dieta poco sana, el hábito de fumar y el consumo de alcohol y drogas pueden aumentar el riesgo de que el bebé nazca con problemas de salud como, por ejemplo, bajo peso al nacer (menos 2.5 kg).
  
- ✚ Las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de fumar que las mujeres mayores de 25 años de edad. El fumar duplica el riesgo de una mujer de tener un bebé de bajo peso al nacer y también aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo, nacimiento prematuro y nacimiento sin vida del bebé.

---

<sup>5</sup> Crouch James E. “Anatomía Humana y Funcional” 4ª. Edición Ed. CECSA. México 2000.

- ✚ Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular.
- ✚ Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia y presión arterial alta. Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de 15 años.
- ✚ Todos los años, más de nueve millones de adolescentes de 15 a 24 años de edad contraen infecciones de transmisión sexual. Estas enfermedades incluyen la clamidia (que puede causar esterilidad), la sífilis (que puede provocar ceguera y la muerte de la madre o del bebé) y el VIH.

*¿Cuáles son los riesgos para la salud de los bebés de madres adolescentes?*

Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir ciertos problemas serios y la muerte que los bebés de madres adultas.

- ✚ Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad.
- ✚ Los órganos de los bebés de bajo peso al nacer pueden no estar totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas pulmonares, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves.

*¿Cuáles son otras de las consecuencias del embarazo en adolescentes?*

La vida de la madre adolescente y su bebé puede ser difícil.

- ✚ Las madres adolescentes tienden más a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. Sólo el 40 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la escuela secundaria, en comparación con el 75 por ciento de las adolescentes de una extracción socioeconómica similar que no tienen hijos hasta tener 20 ó 21 años de edad.
- ✚ Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social. En comparación con las madres que tienen sus hijos en una etapa posterior de la vida, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza. Más del 75 por ciento de todas las madres adolescentes solteras comienza a recibir asistencia social dentro de los cinco años posteriores al nacimiento de su primer hijo.
- ✚ Aproximadamente el 78 por ciento de los niños nacidos de adolescentes solteras que abandonaron la secundaria vive en la pobreza, en comparación con el nueve por ciento de los niños nacidos de madres casadas de más de 20 años que terminaron la secundaria.
- ✚ Los hijos de madres adolescentes tienen un 50 por ciento de probabilidades de repetir de grado en la escuela y suelen tener un mal

desempeño académico y abandonar la escuela secundaria antes de terminarla.<sup>6</sup>

### *¿Qué Le recomiendo a las adolescentes?*

Teniendo en cuenta los riesgos que supone el embarazo en una adolescente, tanto para ella como para su bebé, les recomiendo enfáticamente a las adolescentes que pospongan su maternidad. También les recomiendo a todas las mujeres en edad fértil llevar una dieta sana, controlar su peso, dejar de fumar y tomar diariamente un complejo vitamínico que contenga ácido fólico para su propio beneficio y también para reducir el riesgo de tener un bebé con defectos congénitos en el cerebro y la médula espinal si quedaran embarazadas.

Para mejorar sus probabilidades de tener un bebé sano se recomienda a las adolescentes que ya están embarazadas:

- ✚ Recurrir a un profesional de la salud o una clínica para recibir atención prenatal a comienzos de la gestación y de forma regular durante todo el embarazo.
- ✚ Llevar una dieta nutritiva y equilibrada.
- ✚ Evitar el cigarrillo (y el humo proveniente de otros fumadores). Fumar aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, nacimiento sin vida y complicaciones durante el embarazo.
- ✚ Evitar beber alcohol y consumir todo tipo de drogas ilícitas. El consumo de alcohol y drogas limita el crecimiento del feto y puede causar defectos congénitos.

---

<sup>6</sup> ALARCON AM. 206 Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. Horizonte Enferm.Oct; 12 pág.: 39-45.



- ✚ Evitar todo tipo de medicamentos de venta libre o bajo receta (incluyendo los medicamentos a base de hierbas), a menos que sean indicados por un profesional de la salud que está al tanto del embarazo.

## VIII. RESULTADOS

Nuestro estudio coincide con el promedio de edad de la adolescente embarazada: de 14 a 19 años. Algunos autores coinciden que el embarazo en la adolescencia implica frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada pasa a depender completamente de la familia, o del cónyuge, en la mayoría de los casos, como se presentó en nuestro estudio.

Si consideramos la fecundidad temprana a la luz de sus consecuencias económicas y sociales, puede decirse que un hijo a edades tempranas dificultará a la madre y el padre adolescente una serie de oportunidades de desarrollo educativo y laboral.

Los hallazgos de estudios previos apoyan el hecho de que si se lograra elevar el nivel de vida de la población, se incrementará la escolaridad de las adolescentes, se intensificara y mejorara la educación sobre la sexualidad y en consecuencia los conocimientos sobre métodos de planificación familiar, se podrían evitar de manera más efectiva los embarazos en las adolescentes.

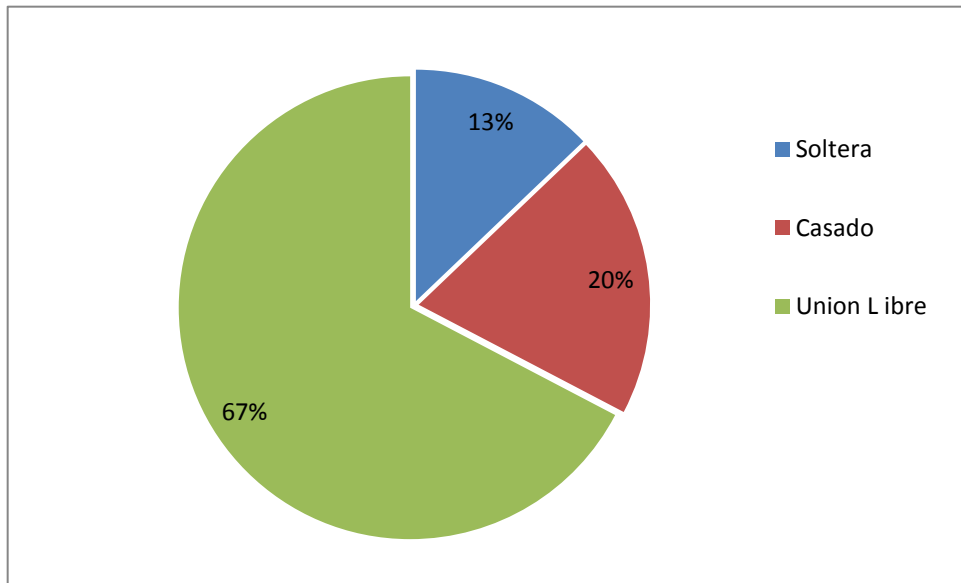
En especial los métodos de planificación familiar son elementos fuertemente vinculados a una eficaz labor por parte del equipo de salud con la participación de la Licenciada en Enfermería

Así como los adolescentes necesitan una buena preparación, también los padres necesitan mucho conocimiento para ayudar a resolver los problemas que les surgen a ellos mismos durante esta importante etapa de la vida de la adolescencia. La población en general debe tener acceso a este tipo de información, ya que las creencias de los padres, y personas cercanas se transmiten, e influyen considerablemente en el comportamiento sexual de los adolescentes.

Ante los resultados obtenidos en la presente Investigación, propongo a las autoridades del Hospital de Nuestra Señora de la Salud” de Morelia, Michoacán. Se implemente el módulo de servicios amigables, para atender las necesidades que demandan la población adolescente, enfatizando en conductas sexuales, uso de métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados, dando prioridad a la medicina preventiva, y realizando actividades extra hospitalarias. Además de que se capacite a todo el personal de salud de esta unidad, para la identificación de oportunidades perdidas a cualquiera de los servicios a los que acuden para poder garantizar la calidad de la atención a este grupo ya que se debe de considerar todos los cambios por los que está pasando y que requiere de un trato muy especial e individualizado.

Pregunta	Soltera		Casada		Unión Libre	
¿Cuál es su estado civil?	13	12.9 %	20	19.8%	68	67.3%

**Cuadro 1.** ¿Cuál es su estado civil?



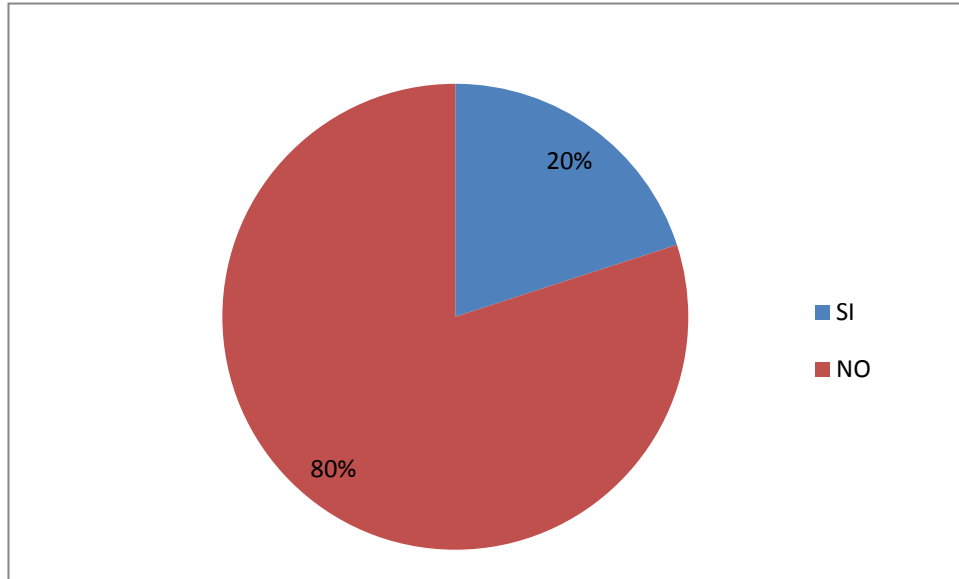
**Figura 1.** ¿Cuál es su estado civil?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero a abril del 2014

**INTERPRETACIÓN:** Con respecto al estado civil actual de las adolescentes embarazadas en relación a la presencia de un embarazo se ve modificado hasta un 10 %, lo cual nos indica que el 90% de las adolescentes permanecieron igual con respecto a su estado civil anterior, no saben con exactitud cuándo si algún día llegaran a formalizar su estado civil.

Pregunta	Si		No	
¿Antes de casarte ya vivías con tu pareja?	20	20%	80	80%

**Cuadro 2.** ¿Antes de casarte ya vivías con tu pareja?



**Figura 2.** ¿Antes de casarte ya vivías con tu pareja?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Con respecto al aspecto social, el vivir en pareja antes de embarazarse es representado por el 20% que ya estaban casadas, el 80% viven en unión libre. Lo que nos permite observar que el 80% no vivía al momento de embarazarse con la pareja. Por lo que inferimos que el estado civil se modifica con la presencia del embarazo es nos indica que van a seguir viviendo en unión libre por el momento.

Pregunta	Si		No	
	75	75%	25	25%
¿Tuviste que abandonar tus estudios por tu embarazo?	75	75%	25	25%

**Cuadro 3.** ¿Tuviste que abandonar tus estudios por tu embarazo?

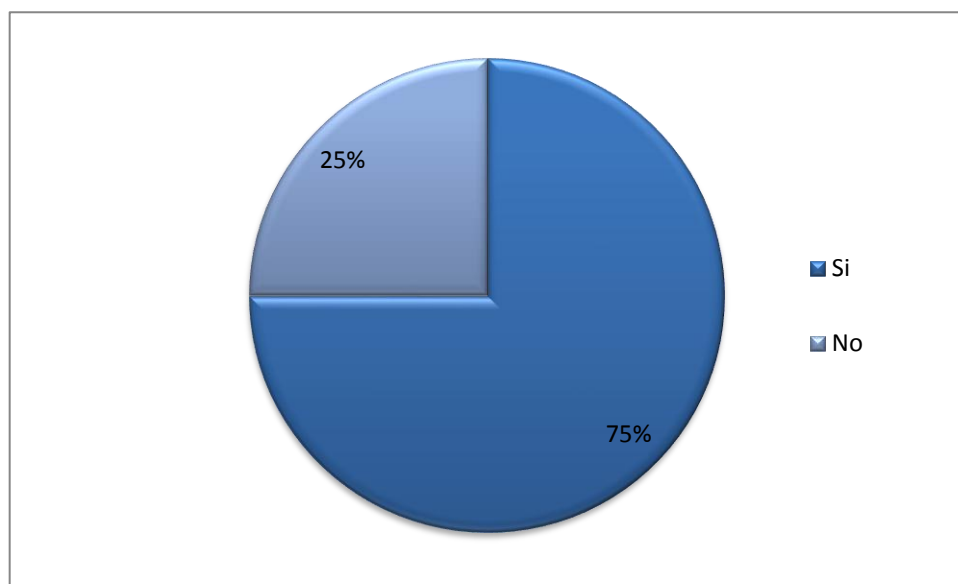


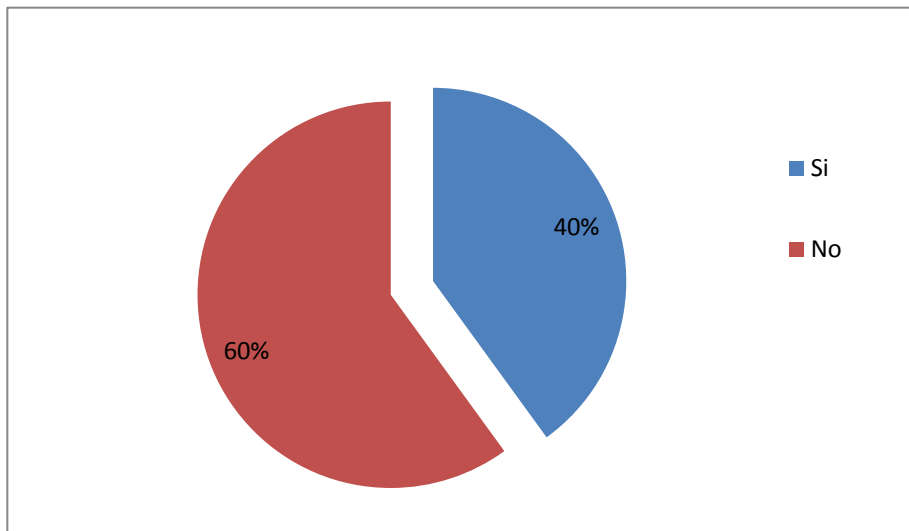
Figura 3. ¿Tuviste que abandonar tus estudios por tu embarazo?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Por lo que se pudo observar que el 75% de estas adolescentes estaban estudiando y tuvieron que abandonar sus estudios por cuestión de que se embarazaron y el 25% eran empleadas o Vivian con sus padres.

Pregunta	Si		No	
	¿Tienes información sobre los métodos de planificación familiar?	60	60%	40

**Cuadro 4.** ¿Tienes información sobre los métodos de planificación familiar?



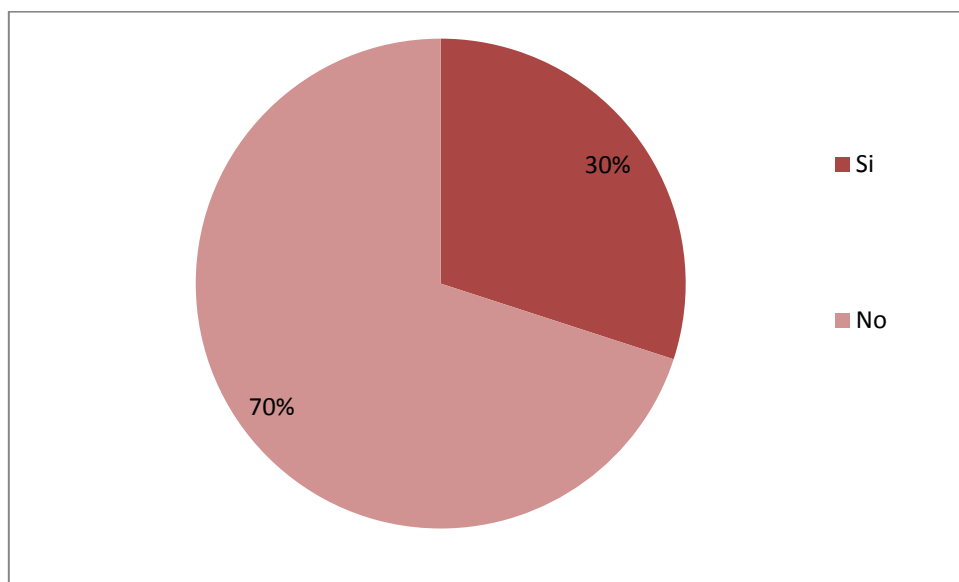
**Figura 4.** ¿Tienes información sobre los métodos de planificación familiar?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Es frecuente que las adolescentes ignoren los riesgos y daños que pueden significar las relaciones sexuales a temprana edad, entre ellos, el embarazo. Observamos que al momento de iniciar su vida sexual activa las adolescentes, es poco el tiempo que transcurre para embarazarse el cual oscila entre 1 a 2 años, confirmando que tienen información sobre métodos de planificación familiar pero no los usan.

Pregunta	Si		No	
¿Te sientes responsable para cuidar a tu bebe?	30	30%	70	70%

**Cuadro 5.** ¿Te sientes responsable para cuidar a tu bebe?



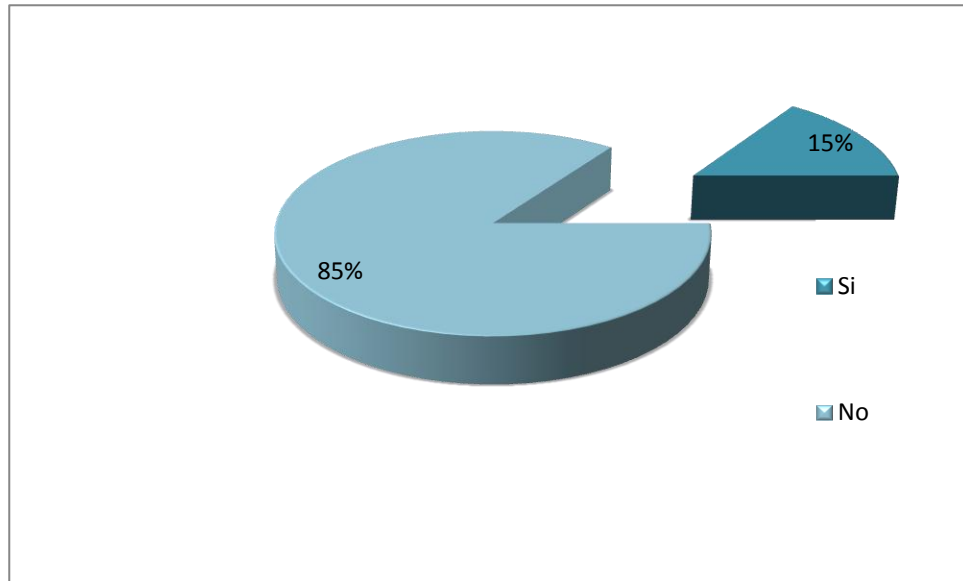
**Figura 5.** ¿Te sientes responsable para cuidar a tu bebe?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** El sentido de responsabilidad ante la maternidad se reafirma conforme se adquiere madurez biológica, psicológicas social observamos que sólo el 70% del gran total refirió que no se sentían con la responsabilidad para el cuidado de su bebe, permitiéndonos confirmar que el 30% sí refiere ese sentido de responsabilidad para asumir el papel de la maternidad, pero esto sucede a partir de los 14 años en adelante.

Pregunta	Si	No
¿Aceptas tu maternidad?	15	85

**Cuadro 6.** ¿Aceptas tu maternidad?



**Figura 6.** ¿Aceptas tu maternidad?

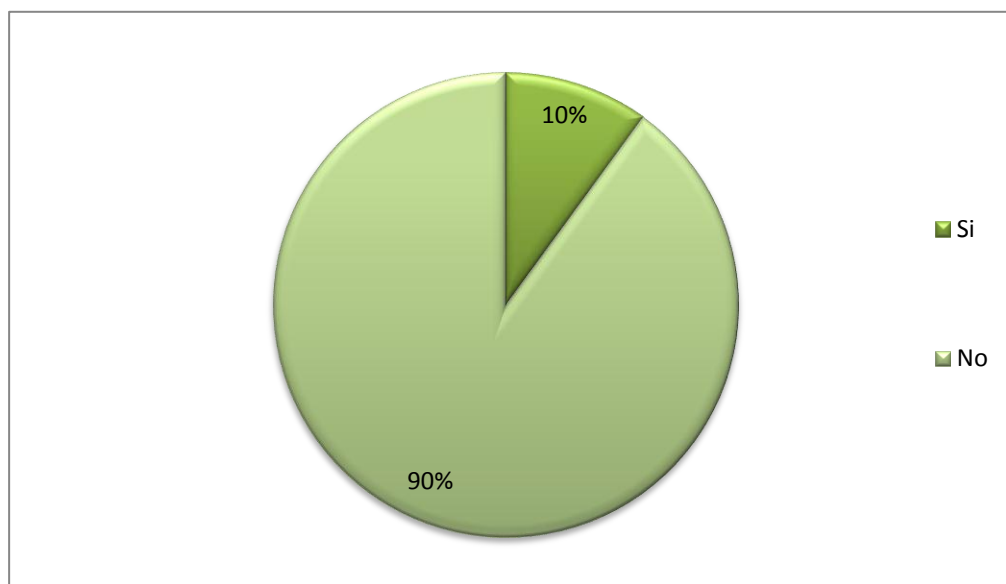
**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** La edad de la pareja y la aceptación de la maternidad fue que el grupo de edad de 16 a 20 años el 85% no asumieron su responsabilidad, y del 15% se responsabilizaron de su maternidad pero como se puede observar es por miedo a no saber cómo enfrentar esta situación por ellas mismas.



Pregunta	Si		No	
¿Tu embarazo fue planeado?	10	10%	90	90%

**Cuadro 7.** ¿Tu embarazo fue planeado?



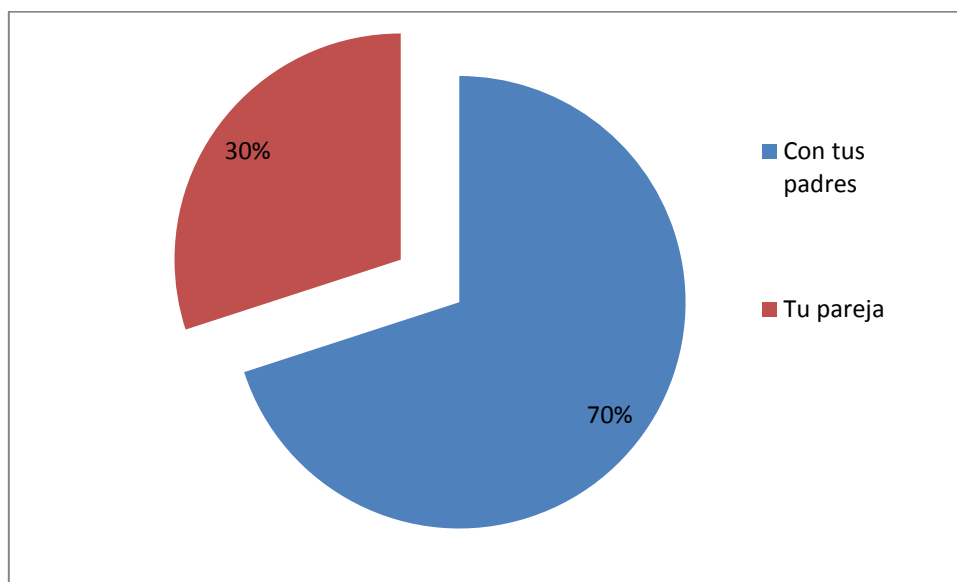
**Figura 7.** ¿Tu embarazo fue planeado?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Además, hablar de un embarazo planeado, significa generalmente contemplar una estabilidad de pareja, observamos pues que el embarazo no es planeado cuando las adolescentes viven en unión libre o son aun novios de un 90% pero llama la atención que las adolescente el 10% si lo planea con anticipación.

Pregunta	Con tus padres		Tu pareja	
	70	70%	30	30%
¿Actualmente con quien vives?	70	70%	30	30%

**Cuadro 8.** ¿Actualmente con quien vives?



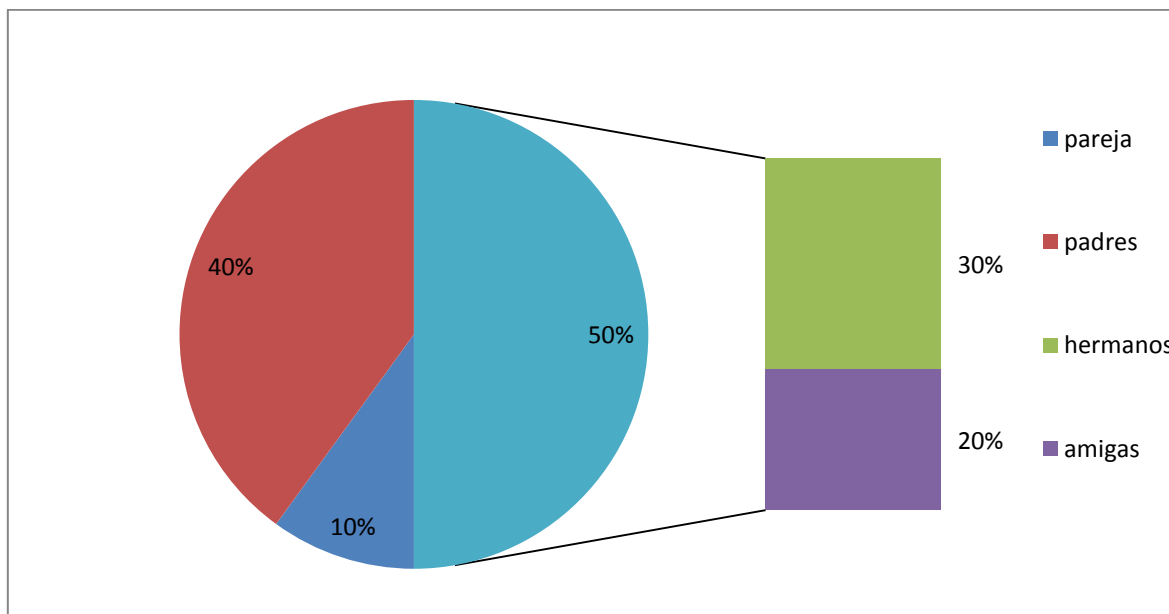
**Figura 8.** ¿Actualmente con quien vives?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Así pues observamos que el 70% de las adolescentes estaban viviendo con sus Padres al momento de su embarazo, con lo cual se modifica el rol de la familia y el 30% vive con su pareja pero en unión libre esto va a traer como consecuencia un desequilibrio para el núcleo familiar.

Pregunta	Pareja		Padres		Hermanos y Amigos	
¿Cuáles son las personas en quien más confías?	10	10%	40	40%	50	50%

**Cuadro 9.** ¿Cuáles son las personas en quien más confías?



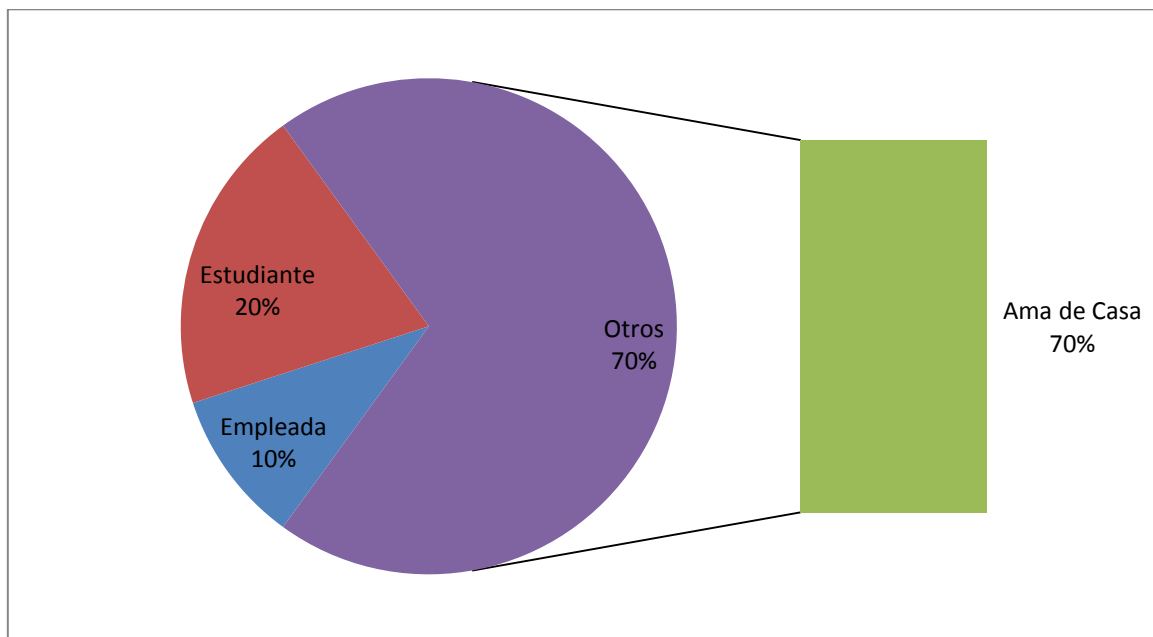
**Figura 9.** ¿Cuáles son las personas en quien más confías?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Otro aspecto que se hace importante conocer, es que las adolescentes con base a su entorno que le rodea, las personas en las que más confía y los familiares con los que vive actualmente, encontramos que el 40% en sus padres, el 50% confía en sus amigas y hermanos, del 10% de su pareja por lo que se puede notar que se confunden por no saber qué hacer de su vida estando embarazada.

Pregunta	Estudiante		Empleada		Ama de Casa	
¿Ocupación Actual?	20	20%	10	10%	70	70%

**Cuadro 10.** ¿Ocupación Actual?



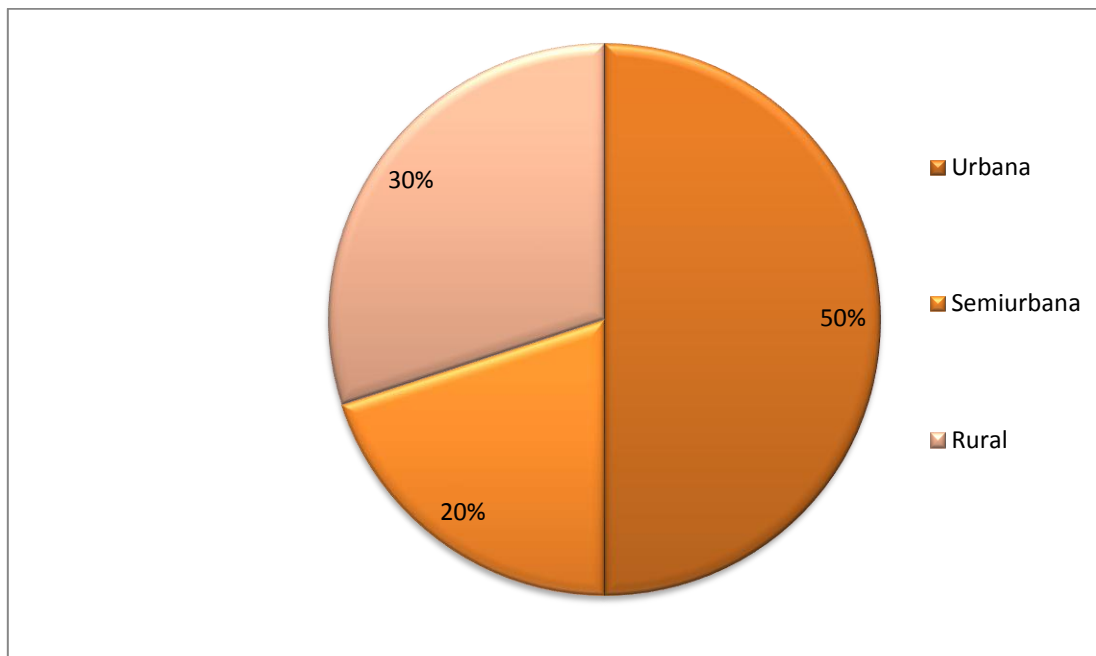
**Figura 10.** ¿Ocupación Actual?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** La ocupación de las adolescentes actualmente es del 70% ama y 20% estudia, 10% es empleada 20% permitiéndonos observar que la ocupación anterior a su embarazo en la que más se desempeñan las usuarias en unión libre fue en el hogar.

Pregunta	Urbana		Semiurbana		Rural	
¿Tipo de vivienda?	50	50%	20	20%	30	30%

**Cuadro 11.** ¿Tipo de vivienda?



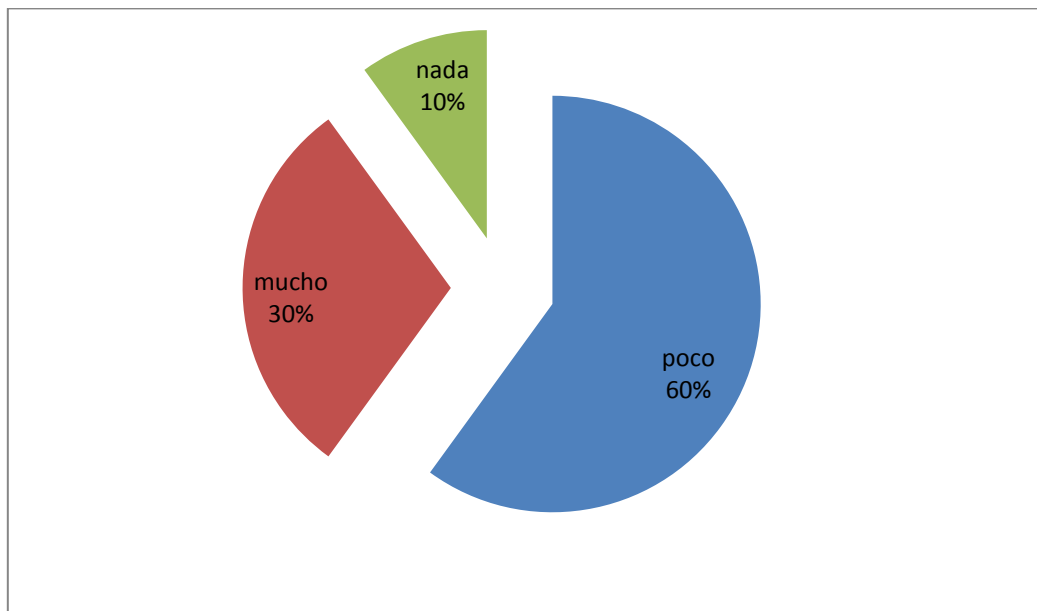
**Figura 11.** ¿Tipo de vivienda?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Como nos podemos dar cuenta el 50% vive en zona rural, el 20% en semiurbana, y lo que resta que es el 30% en zona rural por lo que también va influir el tipo de lugar en que vivas.

Pregunta	Poco	Mucho	Nada
¿Cuánto te respetas a ti misma?	60	30	10

**Cuadro 12.** ¿Cuánto te respetas a ti misma?



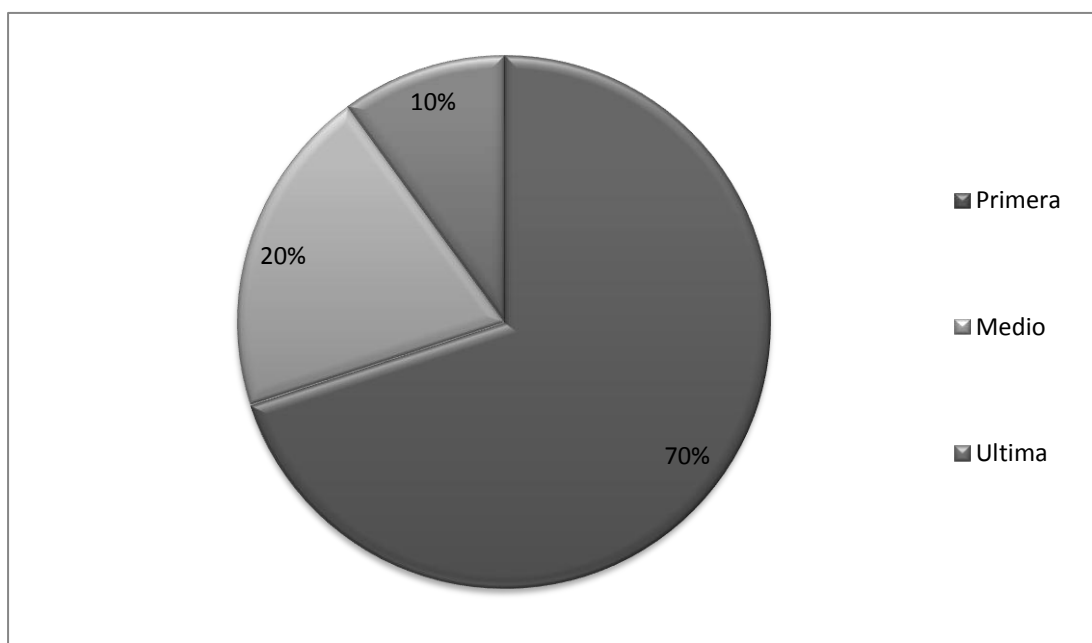
**Figura 12.** ¿Cuánto te respetas a ti misma?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Pues como nos pudimos dar cuenta las adolescentes se valorar muy poco que es el 60% y pocas contestaron que mucho y se pudo percibir que también un 10% nada es donde tenemos que trabajar para que tengan un sentido de la vida más optimista.

Pregunta	Primero		Medio		Ultimo	
¿Qué lugar ocupas en tu familia?	70	70%	20	20%	10	10%

**Cuadro 13.** ¿Qué lugar ocupas en tu familia?



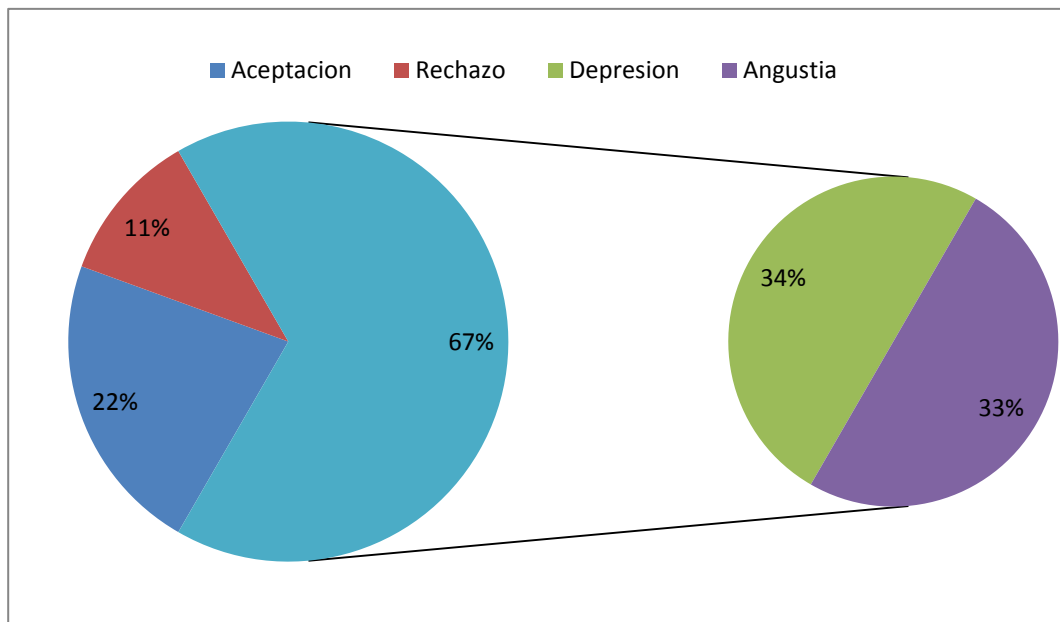
**Figura 13.** ¿Qué lugar ocupas en tu familia?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Con respecto al tamaño de las familias, consideramos que entre más grande es el número de integrantes, presentan más limitaciones en todos los aspectos, desde otorgarles poca atención y cuidados, como limitaciones educativas, etc. Para lo cual consideramos importante mencionar que 70% soy el primer lugar el 20% medio y el 10%el ultimo.

Pregunta	Aceptación		Rechazo		Depresión		Angustia	
¿Cuándo te enteraste que estabas embarazada tu actitud fue de?	20	20%	10	10%	30	30%	30	68%

**Cuadro 14.** ¿Cuándo te enteraste que estabas embarazada tu actitud fue de?



**Figura 14.** ¿Cuándo te enteraste que estabas embarazada tu actitud fue de?

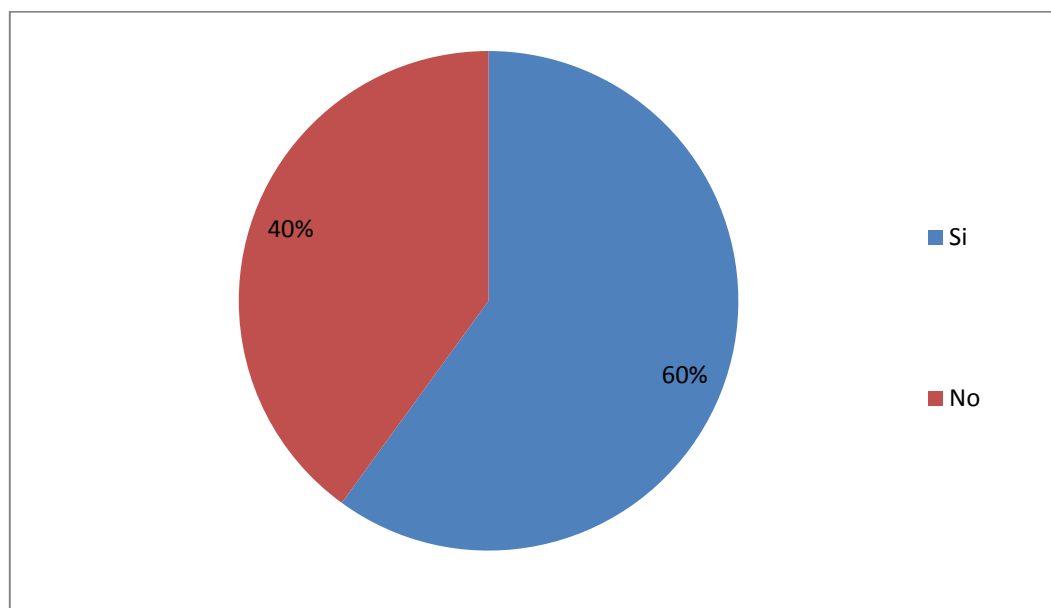
**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Las adolescentes es más su angustia por lo saber qué hacer y entran en depresión 68% y el 20% lo acepta pero no del todo y el resto 10% no lo quiere por medio ha no saber ser una buena madre.



Pregunta	Si		No	
¿Tienes amigas de tu edad que estén embarazadas?	60	60%	40	40%

**Cuadro 15.** ¿Tienes amigas de tu edad que estén embarazadas?



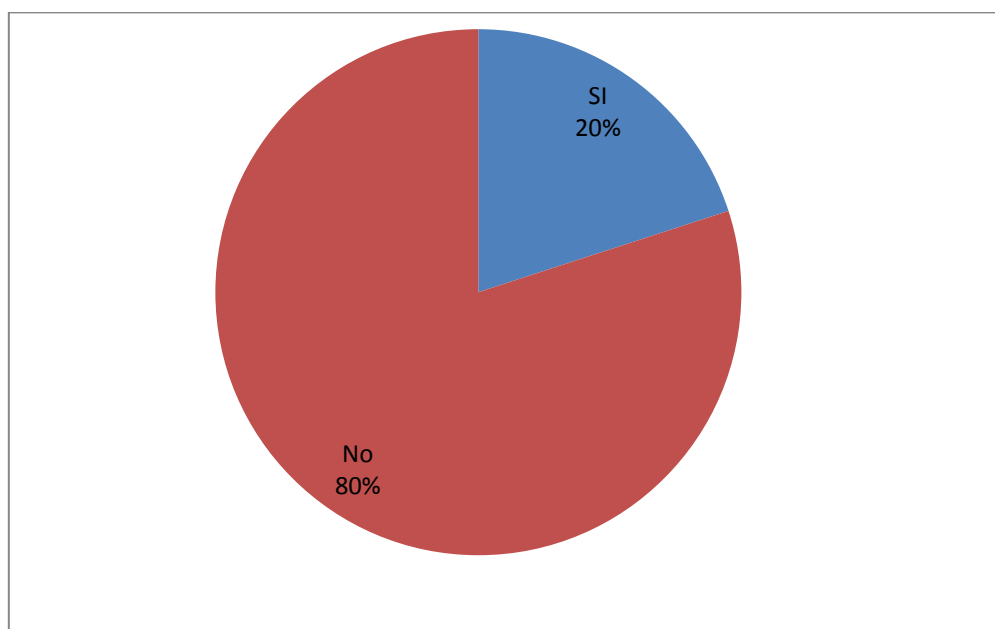
**Figura 15.** ¿Tienes amigas de tu edad que estén embarazadas?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Por lo que el 60% tiene amiga embarazadas de su edad y muchas de las veces lo hacen por tener una nueva experiencia o por influencia de la amiga, el 40% quizá sea por la inestabilidad en la familia o relaciones sociales.

Pregunta	Si		No	
¿Acepto tu pareja el embarazo?	20	20%	80	80%

**Cuadro 16.** ¿Acepto tu pareja el embarazo?



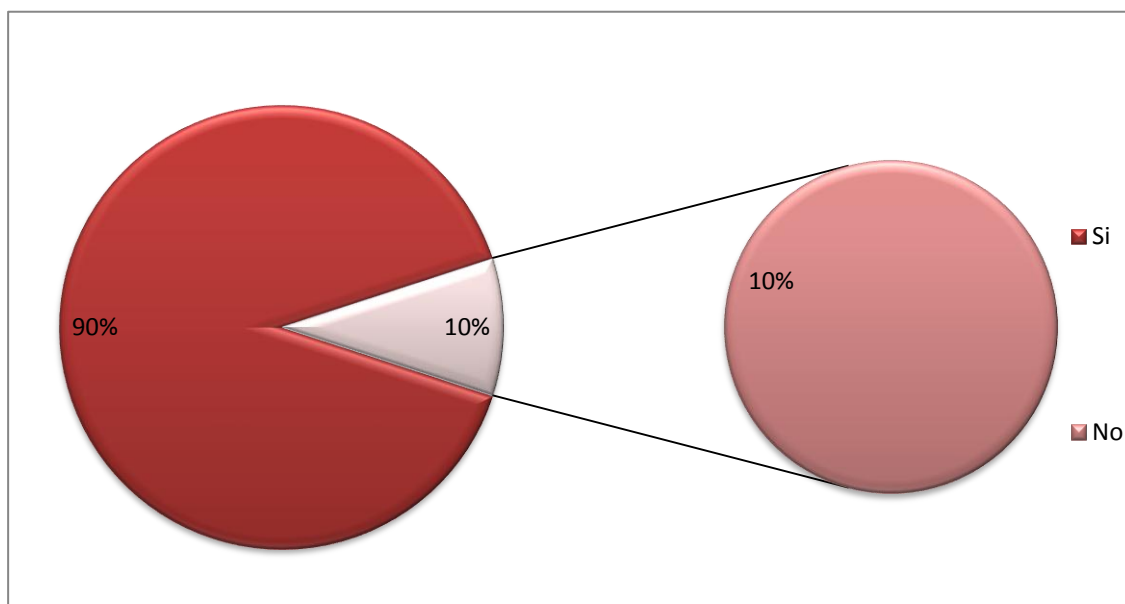
**Figura 16.** ¿Acepto tu pareja el embarazo?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Las adolescentes tienen que enfrentar el proceso del embarazo solas o con sus familiares ya que el 80% la pareja no lo acepta y el 20% si pero esta con dudas por muchas cuestiones que se dieron y esto puede llegar a que se dejen tarde o temprano.

Pregunta	Si		No	
¿Aceptaron tus padres el embarazo?	90	90%	10	10%

**Cuadro 17.** ¿Aceptaron tus padres el embarazo?



**Figura 17.** ¿Aceptaron tus padres el embarazo?

**FUENTE:** Cuestionario de características sociales y familiares de 100 adolescentes embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud de enero hasta abril del 2014.

**INTERPRETACIÓN:** Los padres de familia aceptan el embarazo por la simple razón que son sus hijos y no pueden dejar pasar esto de percibido por que lo hecho ya está por lo cual el 90% dice que sí para que se lleve a cabo con responsabilidad y el 10% no porque se piensa que se ha perdido la confianza que le tenían a su hija y que donde quedan los valores en calcados o por lo simple razón del que dirán.

## IX. CONCLUSIÓN

La falta de información, ha llegado a las adolescentes a embarazarse a temprana edad, y esto debido a la falta de confianza que existe entre sus padres; de hecho en algunos casos por ignorancia, se dice que en pleno siglo XXI no es posible, pero créanlo que sí.

Así pues, orientar a los adolescentes sobre los riesgos que se pueden presentar el embarazarse a temprana edad, como de las consecuencias que traen consigo, que el ser padres no es nada fácil y menos a cierta edad.

De tal manera, es importante que se implante becas, a adolescentes de bajos recursos, para que se les oriente y de alguna manera reducir los embarazos a temprana edad, así como pláticas para adultos, para fomentar la confianza en las familias.

En nuestro país se ha registrado altos porcentajes de embarazos en adolescentes y según especialistas el problema seguirá si no se atiende la insuficiente educación sexual, la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos, el que haya maestros poco preparados y gobiernos locales que obstaculizan políticas públicas en la materia.

La fecundidad temprana en la adolescencia ocasiona un retraso en el desarrollo educativo y laboral de la futura madre, por lo que tiene menos oportunidades de recibir información sobre la educación para la salud, la sexualidad y más específicamente orientación sobre la salud reproductiva. Así pues, ante la presencia precoz de la manera, las adolescentes inician de igual manera con vida sexual activa, lo que aumenta el riesgo de embarazarse a temprana edad comprometiendo su salud reproductiva, y aumentando el número de embarazos durante la adolescencia.

Por lo que concluyo un aspecto muy relevante fue que las jóvenes adolescentes inician su vida sexual activa con un embarazo a temprana edad, además de reflejarse las consecuencias en la deserción escolar.

Otro hecho importante que con temple fue, que la presencia de la menarca precoz motiva a las adolescentes a iniciar vida sexual activa, exponiéndose a embarazarse precozmente.

Además de que las adolescentes embarazadas refirieron tener información sobre los métodos de planificación familiar casi la mitad de la población estudiada, y muy pocas hicieron uso de los métodos de planificación familiar, lo cual es motivo de preocupación, ya que ante un embarazo en una etapa precoz reproductiva pone en riesgo la salud tanto de la madre como de su hijo.

La familia juega un rol muy importante en el comportamiento de sus hijos, encontramos familias numerosas, observando que las adolescentes se embarazan y continúan viviendo con la familia de ellas o con familia de la pareja en su mayoría, afectándose la dinámica familiar de ambos, y a la vez todos estos aspectos repercuten afectando la privacidad de las adolescentes.

## X. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Constituye un gran desafío para los adolescentes, las familias con hijos adolescentes, los profesionales que atienden adolescentes, los educadores y la sociedad en general, evitar que las adolescentes se embaracen en forma no planificada. Los esfuerzos deben estar orientados a la prevención primaria y, en este sentido, existe razonable consenso en que la promoción de la abstinencia sexual es un punto central de la atención del adolescente.

Junto con prevenir el primer embarazo no deseado o no planificado, también es necesario buscar estrategias para la prevención de un nuevo embarazo de las mismas características.

En todo control de supervisión de salud del adolescente se debe realizar consejería en sexualidad, con contenidos acordes a la etapa de desarrollo del joven. Esta educación debe ser integral, fomentando valores, con énfasis en el desarrollo de actitudes y habilidades que promuevan la postergación de la vida sexual activa y el logro de la abstinencia.

- 1) La educación sexual deberá iniciarse en el hogar desde que la niña comprenda o inicie preguntas acerca de su género.
- 2) Las madres deberán ser capacitadas para que la educación sexual que imparten en sus hijas sea correcta.
- 3) El padre deberá capacitarse para que se involucre en la educación sexual de sus hijas. Esto requiere programas especiales.
- 4) Los profesores deberán capacitarse para que impartan educación sexual a partir del jardín de niños y el conocimiento de los métodos anticonceptivos a partir de la menarquía.

- 5) El médico familiar, el pediatra, el gineco obstetra y la Licenciada en Enfermería, deberán tomar la responsabilidad de la educación sexual de sus pacientes a partir de la menarquía, y deberán advertirles sobre las consecuencias de un embarazo no deseado y los riesgos de las relaciones sexuales a edades tempranas.
- 6) Las autoridades deportivas escolares y municipales deberán incrementar la práctica del deporte en los adolescentes.
- 7) Los servicios médicos públicos y privados deberán proporcionar preservativos y anticonceptivos de manera gratuita y permanente.
- 8) El control prenatal deberá difundirse más y respetar los programas oficiales cuando la adolescente embarazada acude a la resolución de su embarazo.

## XI. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Botero V. J. Júbiz H.A. Henao G. Obstetricia y Ginecología. 7ª ed. Colombia: Corporación para Investigaciones; 2010. p. 373
2. <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/sisesim/bibliografia/BSitDem.html>. Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F: Consejo Nacional de Población; 2001. pp. 61-63.
3. José L, R, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2010.
4. Carreón Vásquez J, Mendoza Sánchez H, Pérez Hernández C, Gil Alfaro I, Soler Huerta E, González Solís R. Factores socioeconómicos asociados al Embarazo en adolescentes. Archivos de Medicina Familiar. Volumen 6, Núm. 3 septiembre-diciembre 2004.
5. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teenagepregnancy.html>. Lo que los padres deben saber y hacer para ayudar a prevenir el embarazo en los adolescentes. Revisado el 17 de Julio del 2006.
6. Cueva Arana, B, Olvera Guerra J, F, Chumacera López M, R. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev. Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271.
7. Gutiérrez-Gómez T, Pascasio-Bautista E, de la Cruz-Palomo AA, Carrasco-Martínez EV. Situación socio-familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev. Enferm. IMSS 2002; 10(1):21-25. Fac. Med. UNAM 2004; 47(1):24-27. 2.
8. Ibarra-Colorado JE, Calderón-Manzano ME, Rivas-Merelles EE. Mortalidad peri natal, prematuras y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2002; 59(11):706-712. Bol Med Hosp. Infant Mex 1998; 55(8):433-434.
9. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walter D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos



- anticonceptivos posparto. *Salud Publica Mex* 2003; 45(1):592-602. Embarazo en adolescentes. *Bol. Med Hosp. Infant Mex.* 1998; 55(8):452-457.
10. United Nations Population Fund. UNFPA and 12. Mirabal-Martínez G, Martínez MM, Pérez-Domínguez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer* 2002; 18(3): 175-18
  11. Aguilar José Ángel. "Programa de Educación Sexual y para la Vida, Dirigido a los Adolescentes", 14ª. Edición Ed. Planeta, México 2002.
  12. Alfaro Rodríguez Héctor. "Complicaciones Médicas en el Embarazo". Ed. McGraw-Hill Interamericana, México 1996.
  13. Beishce Nomar A. "Obstetricia y Neonatología". Ed. McGraw-Hill Interamericana, México 1998.
  14. Crouch James E. "Anatomía Humana y Funcional" 4ª. Edición Ed. CECSA. México 2000.
  15. Dulanto Enrique. "El Adolescente". 1ª. Edición. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana, México 2000.
  16. Feldman Elaine B. "Principios de Nutrición Clínica". Ed. Manual Moderno, México 1990.
  17. William. H, Virginia E, Robert C. 2009. La sexualidad humana. Cuidado de la Habana: 17-215 (Edición Revolucionaria).
  18. ALARCON AM. 206 Enfermería intercultural: un desafío en la sociedad actual. *Horizonte Enferm.* Oct; 12 pág.: 39-45.
  19. SAMPIERI H. Roberto. (2007). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Editorial McGraw Hill; edición tercera, País México. P.P 3-689.
  20. CASTELLANO A. Luis (1990) OBSTRETRICIA. Editorial Librería de Medicina. Mexico p.p (527).

## XII. ANEXOS

### ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Cuestionario para ser aplicado a adolescentes que acuden a consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud.

OBJETIVO. Obtener información para elaborar trabajo de investigación de tesis.

1. ¿Estado civil actual?

- a) Casada.            b) Soltera.            c) Unión libre

2. ¿Antes de casarte ya vivías con tu pareja?

- a) Sí            b) No

3. ¿Tuviste que abandonar tus estudios por tu embarazo?

- a) No.            b) Sí

4. ¿tienes información sobre los métodos de planificación familiar?

- a) Sí.            b) No

5. ¿Te sientes responsable para cuidar a tu bebé?

- a) Sí.            b) No.

6. ¿aceptas tu maternidad?

- a) Sí.      b) No.

7. ¿Tu embarazo fue planeado?

- a) Si      b) No

8. ¿actualmente con quien vives?

- a) Sí.      b) No.

9. ¿Cuáles son las personas en quien más confías?

- a) Madre. b) Hermana. c) Amiga. d) pareja

10. ¿Ocupación actualmente:

- a) Ama de casa. b) Empleada. c) Estudiante. d) Otros \_\_\_\_\_

11. ¿Tipo de vivienda?

- a) Urbana      b) Semiurbana      c) Rural

12. ¿Cuánto te respetas a ti misma?

- a) Poco.      b) Mucho.      c) Nada

13. ¿Cuántos hermanos tienes? \_\_\_\_\_ ¿y qué lugar ocupas en la Familia? \_\_\_\_\_

14. ¿Cuándo te enteraste que estabas embarazada, tu actitud fue de?

a) Aceptación. b) Rechazo. c) Depresión. d) Angustia

15. ¿Tienes amigas de tu edad que estén embarazadas o se hayan embarazado?

a) Si

b) No

16. ¿Aceptó tu pareja el embarazo cuando se dio cuenta?

a) Sí.

b) No

17. ¿Aceptaron tus padres el embarazo cuando les diste la noticia?

a) Sí.

b) No

Fecha de elaboración. \_\_\_\_\_

## I. INTRODUCCION

En el presente trabajo se hablara de la neumonía pediátrica consiste en una inflamación del parénquima pulmonar, en el que los alveolos se llenan de exudado y ocasionan una infección localizada en un lóbulo o segmento pulmonar. Puede aparecer como primaria o secundaria tras un proceso anterior. Las neumonías determinan entre el 4% y el 9% del total de ingresos anuales de un servicio de pediatría y alcanzan entre el 40% y el 50% de la hospitalización por problemas respiratorios.

La edad de prevalencia se centra en el párvulo y el escolar; durante esta época, el proceso de socialización del niño rebasa los límites de la familia, y este va incorporándose progresivamente a grupos humanos más amplios, que facilitan el contagio por patógenos respiratorios. Esto explica que la tasa de neumonía del párvulo sea la más alta de toda la vida.

Según el origen de la neumonía, esta se puede clasificar en dos grupos:

- Neumonía adquirida en la comunidad (extra hospitalaria). Durante la infancia es la más frecuente, sobre todo al final del invierno y al principio de la primavera. La mayoría de las veces consiste en procesos auto limitados y de fácil tratamiento.
- Neumonía nosocomial (intrahospitalaria) suele suceder en niños con patología de base (intubados, inmunodeprimidos, etc.). Dado que son procesos de difícil tratamiento, tienen peor pronóstico que las adquiridas en la comunidad y presentan una causa importante de mortalidad en el menor como complicación secundaria en niños afectos de enfermedades crónicas: malnutrición, procesos oncológicos o inmunodeficiencias.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

Dentro de mis prácticas tuve la oportunidad de atender a lactantes menores con problemas con neumonía y me llamo mucho la atención como en la época de invierno es cuando acuden más por esta causa que se presentan en lactantes menores.

TEMA:

- I. Factores que intervienen en el desarrollo de la neumonía pediátrica.

PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que intervienen en la neumonía pediátrica?

### III. VARIABLES DE ESTUDIO.

Dependiente1: Factores que intervienen en el desarrollo de la neumonía pediátrica.

Independiente2: Neumonía pediátrica.

Interrelación de variables: factores que intervienen en el desarrollo de la Neumonía pediátrica.

Problema

¿Cuál es el tipo de atención que se debe proporcionar a lactantes menores que acuden a consulta del Hospital de Nuestra Señora de la salud, teniendo en cuenta los factores causantes?

¿Reconocer el % de niños entre 1 a 6 años de edad que les ocurre una neumonía?

Hipótesis

La atención de enfermería que se debe brindar a los lactantes menores cuando presentan una neumonía.

#### IV. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DIMENSIONES
Atención de enfermería a lactantes menores con neumonía.	Prevención Curación Docencia Investigación
Neumonía pediátrica.	Etiología Sintomatología Tratamiento Epidemiología Factores de riesgo
Factores que intervienen para que se presente una neumonía pediátrica.	Sociales Económicos Culturales



## V. OBJETIVOS DE ESTUDIO

### Objetivo general

II Brindar atención de enfermería adecuada a lactantes menores con neumonía teniendo presente los factores socioculturales y ambientales con el fin de crear un marco conceptual en el cual fundamente mi investigación.

Titulo	Objetivo general	Objetivo específico	Indicador para la pregunta de investigación.
Atención de Enfermería en lactantes menores con Neumonía pediátrica	Identificar cuáles son los factores o causas que presenta una neumonía en lactantes menores.	Identificar los factores de riesgo para que se produzca una neumonía en lactantes menores.  Conocer las complicaciones de una neumonía pediátrica en lactantes menores.	Concepto Método Beneficios Sociales Económicos Culturales Psicológicos

## VI. METODOLIGIA

La presente tesis se realizó mediante la investigación de diversas fuentes de información, entre las cuales se halla la búsqueda en internet, consulta en libros de enfermería pediátrica , consulta de médicos especializados en el área (pediátrica), se extrajo la información más básica tratando de identificar los principales tecnicismos de la neumonía pediátrica desarrollándolos y explicándolos para sus mayor comprensión , legibilidad.

La metodología utilizada para esta investigación es, la cual puede conceptualizarse como:

**INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL:** Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado. Se caracteriza por la utilización de documentos: recolecta, selección y presentan resultados coherente.

**INVESTIGACIÓN DE CAMPO:** Se trata de la investigación aplicada para comprender y resolver alguna situación, necesidad o problema en un contexto determinado, que el investigador trabaja en el ambiente natural en que conviven las personas y las fuentes consultadas, de las que obtendrán los datos más relevantes a ser analizados, son individuos, grupos y representaciones de las organizaciones científicas no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales y cotidianas.

## VII. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El fin de esta tesis es conocer la neumonía pediátrica en lactantes menores que se presenta en la época de invierno y cuáles son sus principales causas que se presentan o síntomas que se dan con una simple gripe y que puede complicarse hasta llegar al extremo de una patología más grave y como se va desarrollando al transcurso de los días que no se atiende a cómo debería de ser porque se estima que habrá más incidentes debido a que la población no recibe atención de cómo prevenir enfermedades por el frío, así se presentara mayor porcentaje a padecer este tipo de enfermedad.

Por lo que la neumonía pediátrica consiste en una inflamación del parénquima pulmonar, en el que los alveolos se llenan de exudado y ocasionan una infección localizada en un lóbulo o segmento pulmonar. Puede aparecer como primaria o secundaria tras un proceso anterior. Las neumonías determinan entre el 4% y el 9% del total de ingresos anuales de un servicio de pediatría y alcanzan entre el 40% y el 50% de la hospitalización por problemas respiratorios.

La edad de prevalencia se centra en el párvulo y el escolar; durante esta época, el proceso de socialización del niño rebasa los límites de la familia, y este va incorporándose progresivamente a grupos humanos más amplios, que facilitan el contagio por patógenos respiratorios. Esto explica que la tasa de neumonía del párvulo sea la más alta de toda la vida.

## VIII. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

En mi práctica diaria tengo la facilidad de tratar con lactantes menores que presentan esta enfermedad y de identificar cuáles son los factores de riesgo que intervienen ya que estoy en un área donde me permite llevar a cabo la investigación de campo y darme cuenta que está pasando por que es que se presenta esta patología, como se va desarrollando con una simple gripe que pareciera que es algo significativo para un niño que se puede tratar en el hogar con remedios caseros y como es donde se presenta los primeros síntomas que no les ponen la mayor atención y es cuando se complica , tienen que acudir a una atención medica es cuando entonces interviene enfermería para brindarle los cuidados generales de enfermería que necesita cada usuario ya que cada uno presenta un cuadro clínico diferente y requiere de nuestros cuidados para que se alivie más rápido ofreciéndole un ambiente cómodo y seguro durante su estancia hospitalaria ,las enfermeras tenemos la obligación de informar a sus familiares de las condiciones en las que se encuentra su paciente y que tiene que recibir un tratamiento previo para su pronta recuperación, se pueda ir a si hogar pero con los cuidados necesarios para evitar una nueva recaída.

## IX. MARCO TEORICO

### 8.1 CONCEPTUALIZACIÓN ESPECÍFICA

Las neumonías son la principal causa de morbilidad respiratoria en el mundo y la tercera causa de muerte en países desarrollados.

### 8.2 Teorías relativas

#### 8.2.1.- CONCEPTO DE NEUMONIA PEDIATRICA

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Éstos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

La neumonía es la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo. Se calcula que mata cada año a unos 1,2 millones de niños menores de cinco años, lo que supone el 18% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo. La neumonía afecta a niños y a sus familias de todo el mundo, pero su prevalencia es mayor en el África subsahariana y Asia meridional. Pueden estar protegidos mediante intervenciones sencillas y tratados con medicación y cuidados de costo bajo y tecnología sencilla.

## EPIDEMIOLOGIA

Las neumonías son la segunda causa de mortalidad en nuestro país en <5 años. Es la séptima causa de muerte en niños entre 5-14 años. UNICEF reporta 4 millones de muertes a nivel mundial por neumonía en <5 años. 70% de los niños que las padecen tienen <2 años. 25 -75% tienen antecedente de infección viral.

## EXPLORACION FISICA

Disminución de la movilidad del tórax afectado Disminución de ruidos respiratorios Aumento de las vibraciones vocales Aumento de la transmisión de la voz Percusión: Matidez en el área afectada Pectoriloquia: Si esta contiguo al proceso de derrame pleural.

## CAUSAS

Diversos agentes infecciosos virus, bacterias y hongos causan neumonía, siendo los más comunes los siguientes:

- *Streptococcus pneumoniae*: la causa más común de neumonía bacteriana en niños;
- *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib): la segunda causa más común de neumonía bacteriana;
- El virus sincitial respiratorio es la causa más frecuente de neumonía vírica.
- *Pneumocystis jirovecii* es una causa importante de neumonía en niños menores de seis meses con VIH/SIDA, responsable de al menos uno de cada cuatro fallecimientos de lactantes seropositivos al VIH.

## TRANSMISIÓN

La neumonía puede propagarse por diversas vías. Los virus y bacterias presentes comúnmente en la nariz o garganta de los niños, pueden infectar los pulmones al inhalarse. También pueden propagarse por vía aérea, en gotículas producidas en tosidos o estornudos. Además, la neumonía puede propagarse por medio de la sangre, sobre todo en el parto y en el período inmediatamente posterior. Se necesita investigar más sobre los diversos agentes patógenos que causan la neumonía y sobre sus modos de transmisión, ya que esta información es fundamental para el tratamiento y la prevención de la enfermedad.

## SÍNTOMAS

Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

Son síntomas de neumonía los siguientes:

- Respiración rápida o dificultosa
- Tos
- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de apetito
- Sibilancia (más común en infecciones víricas).

En casos de neumonía grave, los niños pueden presentar tiraje subcostal; es decir, depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración (en una persona sana, el pecho se expande durante la inspiración). En lactantes muy

enfermos, la neumonía puede ocasionar incapacidad para consumir alimentos o líquidos, así como pérdida de consciencia, hipotermia y convulsiones.

## FACTORES DE RIESGO

La mayoría de los niños sanos pueden combatir la infección mediante sus defensas naturales, pero los niños inmunodeprimidos presentan un mayor riesgo de contraer neumonía. El sistema inmunitario del niño puede debilitarse por malnutrición o desnutrición, sobre todo en lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna.

La presencia previa de enfermedades como sarampión o infecciones de VIH asintomáticas también aumentan el riesgo de que un niño contraiga neumonía.

Los factores ambientales siguientes también aumentan la susceptibilidad de los niños a la neumonía:

- la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa (como leña o excrementos) como combustible para cocinar o calentar el hogar
- vivir en hogares hacinados
- el consumo de tabaco por los padres.

## TRATAMIENTO

La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos, los cuales suelen recetarse en centros de salud u hospitales, pero la inmensa mayoría de los casos de neumonía infantil pueden tratarse eficazmente en el hogar con antibióticos por vía oral baratos. Se recomienda la hospitalización de los lactantes de dos meses o menos, así como de los casos muy graves.



## PREVENCIÓN

La prevención de la neumonía infantil es un componente fundamental de toda estrategia para reducir la mortalidad infantil. La inmunización contra el neumococo, sarampión y tos ferina es la forma más eficaz de prevenir la neumonía.

Una nutrición adecuada es clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida; además de prevenir eficazmente la neumonía, reduce la duración de la enfermedad.

También puede reducirse el número de niños que contraen neumonía corrigiendo factores ambientales como la contaminación del aire interior (por ejemplo, proporcionando cocinas de interior limpias a precios asequibles) y fomentando una higiene correcta en hogares hacinados.

A los niños infectados con el VIH se les administra el antibiótico cotrimoxazo diariamente para reducir el riesgo de que contraigan neumonía.

## COSTOS ECONÓMICOS

Hay investigaciones que han determinado que la prevención y el tratamiento adecuado de la neumonía pueden evitar un millón de fallecimientos de niños al año. Únicamente mediante el tratamiento adecuado pueden evitarse 600 000 muertes al año.

Se calcula que el costo de tratar con antibióticos a todos los niños enfermos de neumonía en los 42 países más pobres del mundo es de unos 600 millones de dólares EE. UU. Tratar la neumonía en el África subsahariana y Asia meridional donde se producen el 85% de los fallecimientos costaría la tercera parte de esta cantidad, unos 200 millones de dólares. Esta cifra incluye el costo de los propios

antibióticos y también la formación de los profesionales sanitarios, que fortalece los sistemas de salud en su conjunto.

## RESPUESTA DE LA OMS

En 2009, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía (GAPP), que tiene por objetivo acelerar el control de la neumonía combinando diversas intervenciones de protección, prevención y tratamiento de la enfermedad en los niños, con medidas como las siguientes:

- Protección de los niños de la neumonía, entre otras cosas promoviendo la lactancia natural exclusiva y el hábito de lavarse las manos y reduciendo la contaminación del aire en interiores;
- Prevención de la neumonía mediante la vacunación;
- Tratamiento de la neumonía, sobre todo procurando que todos los niños enfermos tengan acceso a una atención sanitaria correcta (dispensada por un agente de salud comunitario o bien en un centro de salud cuando la afección revista gravedad) y reciban los antibióticos y el oxígeno que necesitan para sanar.

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar. Existe variabilidad en cuánto a los criterios necesarios para su diagnóstico ya que hay autores que requieren únicamente presencia de infiltrados radiológicos en la radiografía de tórax mientras que para otros basta con la presencia de sintomatología respiratoria. En general, se define neumonía como la presencia de fiebre y/o síntomas respiratorios y evidencia de infiltrados parenquimatosos en la radiografía de tórax.

En 1994 la OMS, publicó una guía de NAC que basa el diagnóstico de neumonía en parámetros clínicos: frecuencia respiratoria, retracción del tórax, cianosis,

dificultad para alimentarse y ausencia de vigilancias. Esta guía está destinada a países con alta morbilidad por NAC, nivel socioeconómico bajo, difícil acceso a centros hospitalarios y medicamentos. En la actualidad, en países desarrollados está aceptada la conveniencia y utilidad de la confirmación radiológica para establecer el diagnóstico.

## CLASIFICACIÓN

- En función del lugar donde se produce el contagio los gérmenes causantes de infección y el tratamiento son diferentes. Se distinguen 2 tipos:
- Neumonía adquirida en la comunidad (NAC): es aquella que aparece en sujetos que conviven en la comunidad y que no han sido hospitalizados en los últimos 7 días o bien que aparecen en las primeras 48 horas de su ingreso en un centro hospitalario.
- Neumonía Nosocomial (NN): infección adquirida durante la estancia en el hospital se puede evidenciar a lo largo de la primera semana tras el alta.

### Etiología de la NAC en la edad pediátrica

#### Virales Bacterianas Mixtas

< 2 años 80 % 47 % 34 %

2-5 años 58 % 56 % 33 %

> 5 años 37 % 58% 19 %

### Orientación etiológica de la NAC según grupos de edad

Recién nacido 2 sem-3 meses 3 meses-5 años 5-9 años 9-14 años

Neumococo Micoplasma C.pneumoniae Viral

0-4 años Helsinki 24 4 1 37. Dallas 33 6 3 28, 5-9 años Helsinki 36 30 13 21, Dallas 14 7 9 10, 10-16 años Helsinki 31 51 35 4, Dallas 29 14 14 0, (Pediatr Infect Dis J, 2000;19;313-7)

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico del proceso neumónico consta de 2 fases: establecer el diagnóstico de la Enfermedad y determinar su etiología.

## CLÍNICA: SINTOMAS Y SIGNOS

Los hallazgos clínicos presentes en los pacientes con neumonía son los siguientes:

-Síntomas: fiebre, escalofríos, tos (productiva/no productiva), disnea, dolor pleurítico.

En niños pequeños el dolor abdominal puede ser el único síntoma presente.

-Signos:

-taquipnea, taquicardia, en niños pequeños y lactantes: quejido, aleteo nasal, tiraje. Al inicio del proceso: crepitantes finos localizados en estadios más avanzados: matidez a la percusión, frémito vocal, soplo tubárico derrame pleural: roce pleural, aumento de matidez a la percusión, hipofonosis, egofonía.

De entre los hallazgos clínicos del paciente con neumonía, la presencia de taquipnea tiene más sensibilidad para el diagnóstico que las retracciones o los crepitantes. La presencia de retracciones indica severidad.

Existen 2 formas clínicas de neumonía si bien no existe ningún dato patognomónico y cualquier síntoma puede aparecer en las dos. Esta

diferenciación es aplicable a niños mayores y adolescentes, ya que en neonatos y lactantes es más difícil la distinción.

Neumonía típica (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*): caracterizada por un inicio brusco de fiebre, escalofríos, dolor costal, tos productiva, ausencia de sintomatología extra pulmonar.

Neumonía atípica (viral y bacterias intracelulares): se caracteriza por un comienzo insidioso, fiebre, tos no productiva, cefalea, malestar general, sintomatología extrapulmonar. En niños de 0-3 meses es frecuente la ausencia de fiebre. Según el germen que la causa, la sintomatología extrapulmonar es variable y puede orientar para el diagnóstico:

-*Mycoplasma pneumoniae*: coriza, miringitis bullosa, anemia hemolítica, exantema, miocarditis.  
*Chlamydia pneumoniae*: sinusitis, faringitis  
VRS: coriza

-otros virus: coriza, sintomatología gastrointestinal

## RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

La presencia de infiltrados parenquimatosos en la R(x) tórax es el gold estándar en nuestro medio para el diagnóstico de neumonía. La descripción radiológica consta de: patrón radiológico: alveolar o intersticial localización y extensas complicaciones: derrame pleural otros hallazgos: adenopatías o cavitaciones (tuberculosis), condensación que abomba cisuras (*Klebsiella pneumoniae*), neumatoceles, fístulas broncopleurales y empiemas (*Staphylococcus aureus*), microabscesos (*Pseudomonas aeruginosa*), infiltrado reticulonodular difuso (*Pneumocystis carinii*)

Diversos estudios correlacionan el tipo de infiltrados radiológicos con la etiología de la neumonía concluyendo que las neumonías bacterianas son más frecuentes en pacientes con infiltrados alveolares lobares que con infiltrados intersticiales bilaterales ( éstos se asocian más frecuentemente con neumonía virales y bacterianas atípicas ). En ocasiones ésta asociación no se cumple por lo que no se puede establecer con garantías un diagnóstico diferencial etiológico según el patrón radiológico.

Por otro lado, puede existir una disociación clínico-radiológica:

-clínica muy sugestiva de neumonía en ausencia de hallazgos radiológicos: esto se debe a que los infiltrados suelen aparecer en el curso evolutivo de la enfermedad o cuando se rehidrata al paciente. En cualquier caso la repetición de la radiografía para confirmar el diagnóstico no está indicada. Presencia de hallazgos radiológicos sin clínica acompañante: puede ocurrir e neonatos y lactantes pequeños con neumonía. Tener presente otros diagnósticos: ate ectasia, malformación congénita, masa.

La repetición de la radiografía de tórax precozmente (horas o días) después de diagnosticar una neumonía está indicada en caso de: neumonía redonda, derrame pleural, hematocele o absceso pulmonar, mala evolución a pesar del tratamiento, duda diagnóstica, neumonía nosocomial. En el resto de los pacientes, según la mayoría de los autores, debe comprobarse la normalización radiológica a las 4 semanas del diagnóstico.

## Sangre

Las neumonías típicas suelen presentar leucocitosis con desviación izquierda y Proteína C reactiva > 50 mg/L. Las neumonías atípicas suelen cursar con linfocitosis y la Proteína C reactiva suele ser inferior a 50 mg/L, pero no existe ningún dato específico de neumonía típica o atípica Otros hallazgos analíticos pueden orientar en el diagnóstico etiológico: anemia hemolítica (micoplasma

pneumoniae), aumento de la creatinfosfocinasa ( micoplasm pneumoniae y legionella ), aumento de transaminasas ( virasis y fiebre Q ).

Líquido pleural: si existe derrame pleural, debe realizarse una toracocentesis diagnóstica y analizar las características del líquido.

## ESTUDIO MICROBIOLÓGICO

El diagnóstico etiológico de seguridad en un proceso neumónico sólo se puede establecer mediante el aislamiento de un microorganismo patógeno en líquido estéril ( sangre y líquido pleural ). El resto de investigaciones etiológicas sólo permiten un diagnóstico etiológico de probabilidad.

Cultivos:

-Hemocultivos: deben realizarse 2 hemocultivos percutáneos consecutivos de sitios diferentes.

-Cultivo de líquido pleural: en caso de derrame pleural > 10 mm de altura en proyección radiológica en decúbito lateral.

-Cultivo de esputo: en niños > 5 años colaboradores. Sólo ofrece un diagnóstico etiológico de seguridad si se aíslan patógenos obligados (mycobacterium tuberculosis, Neisseria meningitidis, legionella). El aislamiento en el esputo de bacterias que forman parte de la flora orofaríngea habitual sólo establece un diagnóstico de presunción (streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, enterobacterias ). El aislamiento de microorganismos no patógenos habituales debe considerarse contaminación ( S. coagulasa negativo, enterococos, bacilos gram positivos, streptococcus que no sean neumococo y S.pyogenes ).

-Cultivo de muestras broncoscópicas ( lavado broncoalveolar o cepillado bronquial protegido ): reservado a pacientes con enfermedad pulmonar grave o

potencialmente grave. En general se realiza a pacientes con ventilación mecánica e inmunodeprimidos.

-Cultivo de muestras nasofaríngeas: no existe correlación entre los gérmenes aislados de estas muestras y el agente etiológico.

Serologías: son de especial utilidad en el diagnóstico de neumonías atípicas (micoplasma pneumoniae, chlamydia pneumoniae, trachomatis, psittaci, coxiella burnetii, legionella pneumophila )

PCR en tiempo real.

Detección de ag. neumocócico en orina: tiene un escaso valor diagnóstico ya que se detecta también en portadores ( escasa especificidad ), aunque es positivo en 100 % de las neumonías neumocócicas ( elevada sensibilidad ).

Pruebas de detección rápida de virus en secreciones nasofaríngeas.

Mantoux: debe realizarse a todos los pacientes que ingresan

#### . ACTITUD TERAPEÚTICA

Continúa siendo difícil diferenciar según criterios clínicos, radiológicos y analíticos las neumonías virales de las bacterianas, e incluso entre los diferentes tipos de neumonías bacterianas. Por esto, es difícil determinar con seguridad la necesidad de antibioterapia ante un diagnóstico de neumonía y se realiza un tratamiento antibiótico empírico.

#### CRITERIOS DE INGRESO:

- EN PLANTA HOSPITALIZACIÓN



-Clínicos: taquipnea, aspecto séptico, dificultad respiratoria severa, deshidratación vómitos, dificultad para alimentación Radiológicos: afectación multifocal, derrame pleural, patrón intersticial importante, absceso, neumatocele.

-Otros factores: < 1 año, no respuesta a antibioterapia oral en 48-72 h o no

cumplimentación del tratamiento, enfermedad de base (inmunodeficiencia, fibrosis quística, cardiopatía congénita ), ambiente familiar desfavorable

- EN UCIP:

Dificultad respiratoria grave o agotamiento o hipoxemia a pesar de oxigenoterapia, afectación radiológica rápidamente progresiva, derrame pleural paraneumónico que precise drenaje y provoque distrés, neumotórax, descompensación de enfermedades crónicas, alteraciones metabólicas y/o disminución del nivel de conciencia.

## TRATAMIENTO

- Medidas generales

-Sueroterapia con necesidades basales . Hay autores que recomiendan una restricción hídrica al 80 % de las necesidades basales por la posibilidad de desarrollar un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.

\*Según evolución está indicado asociar un macrólido al tratamiento si tras 48-72 horas persiste fiebre, mal estado general, hipoxemia o auscultación patológica bilateral.

- Casos especiales:

-Sospecha de S.aureus: cloxacilina o vancomicina ev. como primera elección

-Sospecha de aspiración: asociar cefalosporina de 3ª generación ev +clindamicina ev. o emplear amoxicilina-clavulánico ev.

-Absceso pulmonar: Amoxicilina-clavulánico ev.

-Paciente con fibrosis quística: sospechar etiología por pseudomona/S.aureus.

-Derrame pleural: si >10 mm en decúbito lateral indicada la toracocentesis.

- La duración de la antibioterapia es variable:

-Neumonía típica no complicada: 7-10 días

-Neumonía atípica no complicada: 14 días

-Etiología por S. aureus: 21 días

-Derrame pleural: hasta dos semanas después de la desaparición de la fiebre o de la última punción evacuadora.

En general debe mantenerse el tratamiento antibiótico ev. entre 2-4 días después de desaparecer la fiebre en las neumonías no complicadas. En caso de asociarse derrame pleural o bacteriemia documentada el tratamiento ev.se mantendrá durante 7 días.

- Dosificación de antibióticos utilizados en el tratamiento de neumonía

Fármaco Dosis ( mg/kg/día) Intervalo

Amoxicilina 80-100 Cada 8 h

Amoxicilina-clavulánico vo 80-100 Cada 8 h

Amoxicilina-clavulánico ev 100-150 Cada 6 h

Cefuroxima axetil vo 30 Cada 12 h

Eritromicina vo o ev 30-40 Cada 6 h

Claritromicina vo o ev 15 Cada 12 h

Azitromicina vo 10 Cada 24 h

Ceftriaxona ev 100 Cada 12 o 24 h

Cefotaxima ev 200 Cada 6 horas

Ampicilina ev 200 Cada 6,8 o 12 h según edad/peso

Cloxacilina vo o ev 50-100 Cada 6 h

Vancomicina ev 40-60 Cada 6hrs

## IX CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	INICIA	TERMINA	OBSERVACIONES
Investigación documental	Agosto 2013	Diciembre 2013	
Elaborar diseño de investigación	Agosto 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de fichas bibliográficas	Agosto 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de marco teórico	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de tema	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de variables	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de subtema	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de objetivo general	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración del problema	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de hipótesis	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de la estructura de mi investigación	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Terminación de la tesis de investigación	Noviembre 2013	Diciembre 2013	

## IX.-ANEXOS

### CUESTIONARIO

#### La neumonía pediátrica

Objetivo: es identificar la tos, el tipo y sus posibles causas así como aplicar un plan de cuidados adecuados, asesorar a los padres sobre los cuidados requeridos por el niño afectado.

¿Sabe en qué consiste la neumonía?

Si            No            Desconoce esta enfermedad

¿Conoce cuáles son los síntomas al presentar esta enfermedad?

Sí            No

¿Qué problemas le puede ocasionar al lactante menor al no tratarla a tiempo?

¿Conoce si se puede presentar una enfermedad más grave que la neumonía si no se llevan a cabo los cuidados necesarios en un futuro?

Sí            No

¿Conoce el número de incidencia de la neumonía en lactantes menores?

Sí            No

## X.-BIBLIOGRAFIAS

Nelson, W. Enfermedades Infecciosas. Neumonía. Tratado de pediatría, 15 ed.  
Vol: 1 1998, cap. 170. pág.: 897.

Nelson, W. Enfermedades Infecciosas. Neumonía. Tratado de pediatría, 15 ed.  
Vol: 1, 1998, cap. 170. pag:898-902.

Nelson, W. Enfermedades Infecciosas. Neumonía. Tratado de pediatría, 15 ed.  
Vol: 1, 1998, cap. 170. pag:897-898.

Nelson, W. Enfermedades Infecciosas. Neumonía. Tratado de pediatría, 15 ed.  
Vol: 1, 1998, cap 196. Pag: 1036-1037.

Department of pediatrics, University of Goteborg, Sweden. *Pediatr. Infect. Dis j*,  
1989, dec, 8 (12): 856-62.

Wikimedia Commons alberga contenido multimedia sobre Neumonía.

En MedlinePlus puede encontrar más información sobre Neumonía

Neumonía. Información para el paciente en LungUSA (Pulmones, Estados Unidos).

Neumonía, gráfico interactivo en el diario El Mundo (Madrid).