

# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

### FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

## EMBARAZO ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autora:

D<sup>a</sup>. Susana Fernández Alcántara

Director:

D. Raúl López Cárceles

Murcia, a 13 de mayo de 2019







TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

EMBARAZO ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN  
CASO

Autora:

D<sup>a</sup>. Susana Fernández Alcántara

Director:

D. Raúl López Cárceles

Murcia, a 13 de mayo de 2019



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO**  
**PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

<b>ALUMNO</b>		<b>CURSO ACADÉMICO: 2018-2019</b>	
Apellidos: <b>Fernández Alcántara</b>		Nombre: <b>Susana</b>	
DNI: <b>77355026-T</b>	Titulación: <b>Graduado en Enfermería</b>		
Título del trabajo: <b>Embarazo adolescente: a propósito de un caso.</b>			

El Prof. D. Raúl López Cárceles como Director/Tutor<sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 13 de mayo de 2019

Fdo.: Raúl López Cárceles

<sup>(1)</sup> Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.





## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quería darles las gracias a mis padres y a mi familia, porque sin ellos no habría conseguido llegar hasta donde estoy. Gracias por ese apoyo, ese aguante en los momentos más complicados, y esa bendita paciencia que tenéis hacia mí. Gracias por mi educación y gracias por darme la vida.

A Juan, por captar en mí el potencial que yo no soy capaz de ver, y hacerme sacarlo, enseñarme a ser y desarrollar la mejor versión de mí. Por su apoyo incondicional, y su confianza en mí ante cualquier ámbito.

A todas las personas que me han acompañado en estos años de carrera, sobre todo, en este último año. Entre ellos, Ana Belén, que ha estado siempre ahí, cuando más la necesitaba, y por recordarme una vez más la importancia de una buena amistad.

A una segunda familia que ya forma parte de mí, que me ha brindado todo lo posible, como si de una hija más se tratase. Gracias por apoyarme y motivarme a seguir adelante.

A mi director, Raúl López Cárcelos, por esa motivación, constancia y dedicación de su tiempo durante todo el curso. Gracias por hacerme ver que no hay nada imposible, y que lo que parece difícil, se convierte en algo sencillo si lo intentas.

Por último, gracias a todos esos enfermeros que aman su profesión, y me han enseñado a disfrutar de ella, haciéndola parte de mi vida. Y, para terminar, por supuesto, gracias a todos los profesores que realmente enseñan, pero que, además, educan, siendo unos maestros ante la vida.



# ÍNDICE

<b>INDICE DE TABLAS</b>	<b>XVII</b>
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>	<b>XVII</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>XIX</b>
<b>INDICE DE ABREVIATURAS</b>	<b>XXI</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>XXIII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XXV</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>27</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>29</b>
2.1. Objetivo General	29
2.2. Objetivos Específicos	29
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>31</b>
3.1. Embarazo en la adolescencia	31
3.1.1. <i>Factores predisponentes y complicaciones.</i>	31
3.1.2. <i>Edad sexual en la adolescencia. Acceso a las primeras relaciones sexuales.</i>	33
3.1.3. <i>Estadísticas</i>	34
3.1.4. <i>Familia</i>	35
3.2. Políticas natalistas	36
3.2.1. <i>Acceso a relaciones sexuales</i>	40
3.2.2. <i>Reproducción artificial</i>	41
3.2.3. <i>Anticoncepción</i>	43
3.2.3.1. <i>Métodos anticonceptivos</i>	43
3.2.3.1.1. <i>Píldora anticonceptiva de emergencia</i>	46
3.3. Infecciones de Transmisión Sexual	47
3.3.1. Situación en España	47
3.3.1.1. <i>Estadísticas</i>	49
3.3.1.2. <i>Sífilis y Gonorrea</i>	50
3.3.1.3. <i>VIH</i>	50
3.3.2. Prevención en adolescentes	51
3.3.2.1. <i>Vacunación</i>	51



3.3.2.2. <i>Conocimientos</i>	53
3.4. Papel de Enfermería	53
3.4.1. <i>Prevención y enseñanza</i>	53
3.4.2. <i>Enfermería escolar</i>	54
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>59</b>
4.1. Diseño	59
4.2. Sujeto del estudio	59
4.3. Ámbito y Periodo del estudio	59
4.4. Procedimiento de recogida de información	59
4.4.1. <i>Fuentes de información.</i>	59
4.4.2. <i>Procesamiento de la información.</i>	60
4.5. Procesamiento de los datos.	61
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>63</b>
5.1. Descripción del caso	63
5.2. Valoración del caso	64
5.3. Diagnóstico de enfermería	67
5.3.1. <i>Red razonamiento clínico de DxE basada en modelo AREA.</i>	69
5.3.2. <i>Justificación del DxE principal.</i>	70
5.4. Problema de colaboración / Riesgos de complicación	71
5.4.1. <i>Red razonamiento clínico de RC basada en modelo AREA.</i>	72
5.4.2. <i>Justificación del RC principal.</i>	72
5.5. Planificación del DxE principal	73
5.6. Planificación del RC principal.	78
5.7. Ejecución	81
5.8. Cronograma	90
5.9. Evaluación	90
5.9.1. <i>Evaluación del resultado del DxEp</i>	90
5.9.2. <i>Evaluación del resultado del RCp</i>	92
5.10. Reflexión enfermera	93
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>95</b>
6.1. Limitaciones al estudio.	99
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>101</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>103</b>



<b>9. ANEXOS</b>	<b>113</b>
9.1. Anexo I: Modelo Área Bifocal	113
9.2. Anexo II: Escala EVA	113
9.3. Anexo III: Escala Glasgow	114
9.4. Anexo IV: IMC	114
9.5. Anexo V: Índice cintura-cadera	115
9.6. Anexo VI: Porcentaje de grasa corporal	115





## **TABLAS**

*Tabla 1*, Distribución de los adolescentes según el nivel de conocimiento sobre ITS. 48

*Tabla 2*, Calendario de vacunaciones sistemáticas de la Asociación Española de Pediatría de 2018. 52

*Tabla 3*, Documentos seleccionados, lectura crítica. 61

## **CUADROS**

*Cuadro 1*, Puntuación del NOC principal del DxE principal. 75

*Cuadro 2*, Indicadores del NOC principal del DxE principal. 75

*Cuadro 3*, Escala Likert. 75

*Cuadro 4*, Puntuación del NOC principal del RC principal. 78

*Cuadro 5*, Indicadores del NOC principal del RC principal. 79

*Cuadro 6*, Escala Likert. 79

*Cuadro 7*, Cronograma de intervenciones enfermeras. 90

*Cuadro 8*, Evaluación del NOC principal del DxE principal. 91

*Cuadro 9*, Evaluación de los indicadores del NOC principal del DxE principal. 91

*Cuadro 10*, Escala Likert. 91

*Cuadro 11*, Evaluación del NOC principal del RC principal. 92

*Cuadro 12*, Evaluación de los indicadores del NOC principal del RC principal. 92

*Cuadro 13*, Escala Likert. 93



## **FIGURAS**

<i>Figura 1</i> , TBN y TBM en España desde 1858 hasta 1998.	37
<i>Figura 2</i> , TBN y TBM en España desde 1975 hasta 2011.	37
<i>Figura 3</i> , TF en España desde 2002 hasta 2012.	38
<i>Figura 4</i> , Uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en España, 1997-2011.	45
<i>Figura 5</i> , Incidencia de las ITS de declaración obligatoria en España, año 2016.	49
<i>Figura 6</i> , Incidencia de sífilis y gonorrea en España, 2005-2012.	50
<i>Figura 7</i> , Cronología de la enfermera escolar.	57
<i>Figura 8</i> , Red de razonamiento clínico del DxE principal.	69
<i>Figura 9</i> , Red de Razonamiento clínico del RC principal.	72



## **ABREVIATURAS**

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AP: Atención Primaria

AS: Analítica de Sangre

BOE: Boletín Oficial del Estado

DxE: Diagnóstico de Enfermería

ECO TV: Ecografía Transvaginal

FC: Frecuencia Cardíaca

FM: Fórmula Menstrual

FUR: Fecha de Última Regla

g/dl: gramos por decilitro

Hb: Hemoglobina

Hct: Hematocrito

i.v.: Intravenoso

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

K: Potasio

Kg: Kilogramos

LC: Latido Cardíaco

lpm: latidos por minuto

m/p: manifestado por

M: Mañana

m: metros

mEq/l: miliequivalentes por litro

mg: miligramos

ml: mililitros

mm: milímetros

mmHg: milímetros de Mercurio

MMII: miembros inferiores

N: Noche

Na: Sodio

NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería

OMS: Organización Mundial de la Salud

PC: Problema de Colaboración

PCR: Proteína C Reactiva

r/c: relacionado con

RAM: Reacciones Alérgicas Medicamentosas

RC: Riesgo de Complicación

Sat. O2: Saturación de Oxígeno

T: Tarde

TA: Tensión Arterial

TBM: Tasa Bruta de Mortalidad

TBN: Tasa Bruta de Natalidad

TF: Tasa de Fecundidad

TFG: Trabajo de Fin de Grado

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPH: Virus del Papiloma Humano

## RESUMEN

Introducción y Objetivos: El embarazo entre los adolescentes es un hecho que trascendentalmente ha ido evolucionando, pasando desde un punto más reproductivo y procreador hasta hoy en día, una posición en cuanto a la planificación y limitación del proyecto de futuro de una mujer. El embarazo a estas edades, entre los 11 y los 19 años, ha existido siempre, pero es un hecho que se ha incrementado en estos últimos años, hablando de la población mundial, sobre todo entre los 17 y los 19 años. El objetivo de este trabajo es describir la importancia y la necesidad de una enseñanza, por parte de enfermería, sobre prevención en los actos sexuales y reproductivos entre los adolescentes de hoy en día. Metodología: Investigación cualitativa, tipo estudio de caso. Sujeto de estudio, mujer de 17 años que acude a urgencias de su hospital de referencia por vómitos de 4 días de evolución. Ingresó en planta por hiperemesis gravídica y descubrió su embarazo de 6+2 semanas de gestación. Periodo de estudio, del 17 de septiembre al 11 de noviembre de 2018. Se realizó una valoración enfermera y revisión bibliográfica, mediante las bases de datos Dialnet, Elsevier, Pubmed, Scielo, más bibliografías complementarias. Resultados: Se determinó el diagnóstico enfermero principal de (00083) Conflicto de decisiones asociado al riesgo de complicación principal Pérdida de peso mayor al 5%, facilitándonos la aplicación de los cuidados de enfermería para alcanzar los objetivos propuestos. Discusión: En el presente trabajo encontramos información suficiente para entender la necesidad de una educación, por parte de enfermería a la población, acerca de la sexualidad y ámbitos sexuales, sobre todo ante la prevención entre adolescentes. Conclusiones: Se verifica y constata la función profesional por parte de enfermería en la prevención y enseñanza de los adolescentes a un estilo de vida saludable, incluyendo el ámbito sexual.

**Descriptor:** Embarazo, adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos, enfermería, VIH, sífilis, gonorrea.





## **ABSTRACT**

Introduction and Objectives: Pregnancy among adolescents is a fact that has transcendentally evolved, going from a more reproductive and procreative point to today, a position in terms of planning and limiting the future project of a woman. Pregnancy at these ages, between 11 and 19 years, has always existed, but it is a fact that has increased in recent years, speaking of the world population, especially between 17 and 19 years. The objective of this work is to describe the importance and the necessity of a teaching, on the part of nursing, on prevention in the sexual and reproductive acts between the adolescents of nowadays. Methodology: Qualitative research, case study type. Study subject, a 17-year-old woman who came to the emergency room of her referral hospital for vomiting during 4 days of evolution. She enters the plant due to hyperemesis gravidarum and discovers her pregnancy of 6 + 2 weeks of gestation. Study period, from September 17 to November 11, 2018. A nurse assessment and bibliographic review was performed, using the databases Dialnet, Elsevier, Pubmed, Scielo, plus complementary bibliographies. Results: The main nursing diagnosis was determined (00083) Conflict of decisions associated with the risk of major complication Weight loss greater than 5%., Facilitating the application of nursing care to achieve the proposed objectives. Discussion: In the present work we found sufficient information to understand the need of an education, on the part of nursing to the population, about the sexuality and sexual scopes, mainly before the prevention between adolescents. Conclusions: The professional role of nurses in the prevention and teaching of adolescents to a healthy lifestyle, including the sexual sphere, is verified.

**Descriptors:** Pregnancy, adolescence, sexually transmitted diseases, contraceptives, nursing, VIH, syphilis, gonorrhoea.



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 1 INTRODUCCIÓN

El embarazo entre los adolescentes es un hecho que trascendentalmente ha ido en evolución, pasando desde un punto más reproductivo y procreador hasta hoy en día, una posición en cuanto a la planificación y limitación del proyecto de futuro de una mujer. El embarazo a estas edades, entre los 11 y los 19 años, ha existido siempre, pero es un hecho que se ha estado incrementando en estos últimos años, hablando de la población mundial, sobre todo entre los 17 y los 19 años.

Como se expondrá en apartados posteriores, existen varias causas y factores influyentes en los adolescentes a la hora de incrementarse el riesgo de sufrir un embarazo no deseado, ya que, a estas edades, en la mayoría de los casos, un adolescente no suele planificar ser padre. Por supuesto, existen riesgos y consecuencias, fisiológicas y psicológicas que muchos de los casos estudiados presentan, tanto tópicos de un embarazo como las características de una gestación precoz.

Ante estos casos, veremos más adelante, la importancia que tienen los padres y el entorno a la hora de influir en un adolescente. Ciertos aspectos en su vida como es el estigma social, las creencias de los amigos, los antecedentes familiares...pueden llevar a estos jóvenes a introducirse en el ámbito sexual de una forma precoz. Inalienable a esto, encontramos la falta de conocimientos y experiencia, concluyendo así en vulnerabilidad de estos adolescentes a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS). Expondremos en cuanto a este tema, la influencia de las nuevas tecnologías y del acceso a contenido sexual en edades tempranas, que abren paso al inicio sexual en sus vidas.

En relación a todo el proceso de nuestro caso de estudio, describiremos datos y cifras de las ITS en España, y su situación actual entre los adolescentes, los cuales, veremos el déficit de conocimientos que presentan sobre estas infecciones y su capacidad de infectarse. Abordaremos, además, el

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

tema de la prevención de estas ITS en España, llevada a cabo con métodos anticonceptivos y vacunación.

Jurídicamente, estudiaremos la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), registrada en el Boletín Oficial del Estado (BOE). A propósito de ésta, nos centraremos en la IVE, viendo sus aspectos legales a lo largo del proceso de la gestación. En contracorriente, veremos las causas del embarazo tardío que, junto al embarazo precoz, comparten la mayor prevalencia de embarazos, puesto que, no suele haber gestaciones en edades medias, sino pasando el límite hacia el defecto o hacia el exceso, en este caso, hablando de la edad de la gestante. Añadido a este tema, veremos las técnicas de reproducción asistida y el uso de éstas para procurar un embarazo a unas edades avanzadas.

Contraponiéndonos al tema del embarazo, trataremos el tema de los métodos anticonceptivos, sus características a tener en cuenta, los tipos que existen de ellos, y el uso por parte de los adolescentes de estos métodos además de sus conocimientos escasos respecto a ellos. Centrándonos en uno de los métodos utilizados para evitar la concepción, hablaremos de la píldora de emergencia, sobre todo, de su peligroso uso entre los adolescentes.

Para finalizar, comentaremos el papel de la enfermería en la prevención y enseñanza de los adolescentes, vulnerables a embarazos precoces e ITS, además del trato y cuidado hacia las jóvenes embarazadas en esta situación, teniendo en cuenta el modelo de adaptación de Callista Roy. De esta forma, haremos hincapié en la importancia de la enfermera escolar, de este puesto de trabajo, y de su papel ante la comunidad educativa para procurar un estilo de vida saludable entre los niños, que puedan mantener y saber mantenerlo a lo largo de sus vidas.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## **2 OBJETIVOS**

El embarazo no deseado entre los adolescentes es una realidad que se encuentra en la sociedad actual, presente con bastante prevalencia, y con una incidencia en estado de aumento. Por este motivo, destacamos en el presente trabajo la importancia del papel de enfermería en el proceso de enseñanza y educación sexual hacia la población durante la etapa de la adolescencia, con el fin de aumentar sus conocimientos y por consecuencia su autonomía y la toma de decisiones.

### **2.1 Objetivo General**

Describir la importancia y la necesidad de una enseñanza, por parte de enfermería, sobre prevención en los actos sexuales y reproductivos entre los adolescentes de hoy en día.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conocer las causas y consecuencias de los embarazos precoces.
- Describir el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes.
- Explorar la situación de las enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes residentes en España.
- Definir el papel de enfermería ante la prevención de los riesgos sexuales y reproductivos a edades tempranas.
- Elaborar un plan de cuidados, basándonos en la taxonomía NANDA-NOC-NIC y complicaciones potenciales, a una paciente con un embarazo no deseado, durante la adolescencia.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

### **3 MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Embarazo en la adolescencia**

##### *3.1.1 Factores predisponentes y complicaciones.*

Desde una perspectiva histórica y cultural, el embarazo en la adolescencia ha ido evolucionando y sucumbiendo desde una vertiente más de índole reproductiva y procreadora, hasta un posicionamiento, quizá más de planificación, y en cierta medida limitador de proyección de la mujer. Lo que es real, es que desde siempre ha habido embarazos en las edades que comprenden la adolescencia, pero en los últimos años este hecho se ha ido incrementando, llegando a ser un 10% de la población mundial; lo cual significa que cerca de unos 15 millones de mujeres dan a luz siendo adolescentes. En la gran mayoría de los embarazos a estas edades, de los 11 hasta los 19 años, no hay un deseo previo, por lo que estamos hablando de un embarazo no planificado. Hay que tener en cuenta que, esto ocurre en todas las sociedades, tanto desarrolladas como en vías de desarrollo, aunque por motivos diferentes. Son heterogéneas las variables que pueden influir en este tipo de embarazos en las mujeres, y entre las que destacan las de ser inmigrante, un nivel bajo de estudios, falta de uso de un método anticonceptivo seguro incluyendo la primera relación sexual y falta de asistencia a consultas sobre la anticoncepción. Otras influencias bastante significativas son los procesos de erotización en los medios de comunicación y anuncios, además del uso y abuso de sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas (Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos, 2007; Yago y Tomás, 2014, Mora-Cancino y Hernández-Valencia, 2015)

Como anteriormente hemos reseñado, el embarazo en la adolescencia ha aumentado en los últimos años, hasta tal punto que lo ha hecho mundialmente. Como afirman Gálvez, Rodríguez, Lugones y Altunaga (2017), tras analizar los estudios encontrados y consultados, se llega a la conclusión de que las edades adolescentes con mayor incidencia de embarazos son entre los 17 y los 19 años, sin olvidar que esto no exenta el gran número de

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

embarazos en chicas con edades inferiores a estas, como puede ser los 14 años.

La bibliografía especializada consultada para tal efecto habla de los diferentes factores predisponentes en los adolescentes a la hora de tener una vida sexual muy temprana y de tener mayor riesgo de hacerse cargo de un embarazo no deseado. Estos factores son los siguientes que a continuación se describen (Alonso, Campo, González, Rodríguez y Medina, 2005; Alarcón, Coello, Cabrera y Monier, 2009; Domínguez, 2011; Simón y Aznar, 2015):

- Factores familiares: reverenciamos aquí la importancia de la educación y la convivencia con los padres. Con respecto a la convivencia, la más perjudicial en este caso es la que se presenta muy rígida y a su vez la que es muy tolerante, ya que es tan influyente la falta de confianza en la familia como el exceso de esta por parte del adolescente a los padres. En cuanto a la convivencia de los padres, se trata de un factor protector en haberlo hecho y un factor de riesgo el no haber vivido con los progenitores. Otros factores perjudicables dentro de este grupo, son el tener una falta de relación armónica y respetuosa con los padres, y el no mantener conversaciones entre los padres y los hijos sobre la sexualidad y la reproducción. En caso de sí mantener estas conversaciones, la mayoría de los adolescentes las interpretan inadecuadas mientras que para los padres son unas conversaciones de ayuda y suficientes.

- Factores personales: destacamos la falta de responsabilidad de la pareja, el no uso de anticonceptivos, el mantener relaciones inestables, y el ser promiscuos influyen de forma negativa a la hora de poder sufrir un embarazo en esta edad.

- Factores psicosociales: entre ellos encontramos el tener bajo nivel escolar o el ser ama de casa, los cuales presentan una asociación epidemiológica con la alta incidencia de embarazo en la adolescencia.

Destacar que los factores más importantes, o con mayor peso a la hora de perjudicar o beneficiar al adolescente en su vida sexual, son los familiares, ya que, si se educa a la familia, se ha visto una diferencia positiva con respecto a las familias que no le dan importancia a este tipo de conversaciones con los hijos o educación sobre el tema.



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Si hablamos de las complicaciones y analizamos los resultados a consecuencia de un embarazo adolescente, según Mirabal, Martínez y Pérez (2002); Alonso, Rodríguez, Yanes y Castillo (2018) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), tenemos las siguientes:

- Es necesario que la adolescente gestante gane mayor cantidad de peso al que necesita una embarazada adulta para lograr un peso adecuado en el neonato, ya que esta, no ha completado su crecimiento.
- Tras el parto, se altera el desarrollo psicosocial normal en las adolescentes de tal forma que aumentan los conflictos familiares.
- Su preparación técnica y profesional se ve afectada, además de que el embarazo a una edad precoz limita el acceso al ámbito laboral.
- Consecuencias en el neonato como bajo peso al nacer y el nacer a pretérmino, relacionadas con la supervivencia de este y con alteraciones en el desarrollo antropométrico, teniendo en cuenta que los bebés de madres adolescentes tienen un riesgo mucho mayor de morir que los de madres de 20 a 24 años.

No hay que olvidar que las complicaciones que se dan durante el embarazo y tras el parto son la segunda causa de muerte en todo el mundo, en las adolescentes entre los 15 y los 19 años.

### *3.1.2 Edad sexual en la adolescencia. Acceso a las primeras relaciones sexuales.*

La adolescencia, según Mendoza, Claros y Peñaranda (2016), se entiende por el período de vida entre los 10 y los 19 años, y esta se divide a su vez en tres etapas: la adolescencia temprana entre los 10 y los 14 años, la adolescencia media entre los 15 y los 16 años, y la adolescencia tardía entre los 17 y los 19 años.

Las relaciones sexuales, según la sexología, se entienden como el contacto físico entre personas con el fin de dar y/o recibir placer sexual, o de reproducirse. En los últimos años, el inicio de la actividad sexual se ha visto afectada de tal forma que los adolescentes se inician en las relaciones sexuales cada vez a una edad más temprana. Esto tiene grandes

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

repercusiones, siendo una de ellas el embarazo precoz por la falta de madurez y de información. Aun así, hay bastantes adolescentes que, en su inicio en las relaciones sexuales, utilizan métodos anticonceptivos como el preservativo; mayormente para evitar los embarazos, y no por evitar las enfermedades de transmisión sexual.

En años anteriores, la edad promedio de la primera relación sexual está dentro de la etapa de la adolescencia media, sin embargo, hoy en día, hay adolescentes que su primera relación sexual la ejecutan a los 11 años. Esta edad varía dependiendo del país en el que nos centremos, pero la mayoría de países presentan un porcentaje elevado de adolescentes menores de 19 o 20 años activos sexualmente (Mendoza et al., 2016; Molina y Tejada, 2018).

Hay ciertos factores que pueden influir en los adolescentes a la hora de iniciarse en las relaciones sexuales de forma temprana. Estos son: la ya mencionada anteriormente interacción en las relaciones con y entre los padres, el consumo de drogas y su salud actual. Si los padres tienen mala relación entre sí o si están divorciados influye de forma negativa relacionándose con la precocidad en sus hijos adolescentes; de igual forma que si estos, los hijos, consumen alcohol, tabaco u otras drogas (Royuela, Rodríguez, Marugán de Miguelsanz y Carbajosa, 2015).

### 3.1.3 *Estadísticas*

Según la OMS (2018), unos 16 millones de adolescentes con edad entre los 15 y los 19 años, además de 1 millón de niñas con una edad inferior a 15 años dan a luz cada año, siendo la mayoría de países con un nivel económico con ingresos bajos o medianos. Si hablamos de IVE, 3 millones de adolescentes entre los 15 y los 19 años se someten a la mencionada práctica al año, poniendo en peligro su vida.

De todos los nacimientos en el mundo, aproximadamente, un 11% se producen entre adolescentes, siendo el 95% en países con pocos recursos económicos (OMS, 2018). Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2014, como nos indica la OMS (2018):

- La tasa media de natalidad mundial en las adolescentes es de 49 por 1000.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Las tasas nacionales son de entre 1 y 299 nacimientos por 1000 adolescentes, según el país. Las tasas nacionales más altas se encuentran en África Subsahariana.

En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las adolescentes contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (OMS, 2018).

### 3.1.4 *Familia*

En referencia al papel y a la influencia de la familia sobre la adolescente, hemos descrito y justificado anteriormente que interviene de una manera importantísima y bastante significativa, tanto a la hora de ser un factor predisponente de un embarazo no deseado, como a la hora de ser una consecuencia o influir de tal forma que empeoren estas. Dependiendo del ámbito sociocultural en la que se rodee la adolescente, el embarazo en esta edad va a estar bien visto o va a ser un hecho escandaloso por salirse de la norma. Razón esta para que sea aquí donde intervienen los estigmas sociales, algo que hace una persona y no se acepta culturalmente o se le ve inferior por hacerlo. El estigma, el cual es un fenómeno social desde el punto de vista de la psicología social, como nos indica Goffman (1963), influye tanto en estas jóvenes que puede culminar en lo que se conoce como una “chica mala”, según Hall et al. (2018), derivando en rechazo de la sociedad y con el aislamiento de estas chicas.

La familia es la influencia con mayor peso sobre la adolescente que se encuentra en esta situación, como hemos nombrado en párrafos anteriores, tiene un gran papel a la hora de la toma de decisiones de la embarazada. Tanto es así, que puede llegar al punto de que la chica no haya pensado ni siquiera en realizar la IVE, y acabe haciéndolo por la influencia familiar. No hay que olvidar que una adolescente se encuentra en una edad en la que todo es una duda constante, y si además le anexamos esta situación inesperada e indeseada por su parte, su mundo se le caerá encima prácticamente. Suelen sentirse bastante abandonadas, tanto por la pareja como por la familia, y no se ven capaces de llevar hacia delante un embarazo. Los aspectos psicosociales deben de estar siempre presentes a la hora de tratar con una paciente, como

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

sería en este caso, con un embarazo no deseado y con una edad complicada como es la adolescencia. El miedo es la emoción que los acompaña por el simple hecho de ser adolescentes, y este se ve incrementado ante este hecho. De este modo, el entorno familiar influye en las decisiones de la adolescente hasta culminar en una IVE, que acaba desencadenando en consecuencias psicológicas para la chica, algunas de ellas permanentes durante el resto de su vida. Dentro de estas consecuencias psicológicas encontramos la inapetencia a mantener relaciones sexuales, sentimiento de culpa, sensación de pérdida, pérdida de confianza. Sin duda, tras el hecho de abortar, pasarán por fases: negación, miedo, depresión, retomo de su vida y aceptación (Chávez, 2015; Domínguez, 2018).

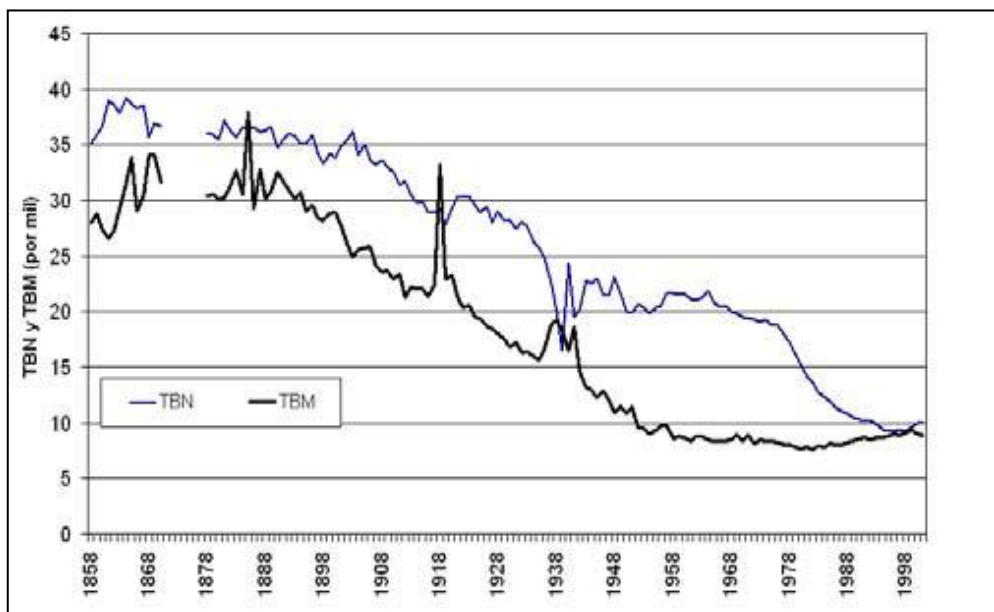
La cultura occidental, en el supuesto teórico, está bastante avanzada ya que se informa a los jóvenes y se les previene de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados. Sin embargo, desde otra perspectiva geográfica, y centrándonos en la cultura de África subsahariana, la cual también presenta una alta tasa de embarazos en adolescentes y sus enfermedades sociales asociadas, tiene servicios anticonceptivos gratuitos, pero hay una mala utilización de estos, sobre todo en las zonas rurales, al presentar una tasa aún mayor que en las zonas urbanas. Todo esto es resultado de una mala utilización de los métodos anticonceptivos o incluso la falta del uso de estos. La supuesta raíz de la problemática en debate es debido a que muchos adolescentes ven el uso de estos métodos como un rechazo de los padres. Incluso lo hacen porque son rechazados por sus parejas (Ramakuela, Lebese, Maputle y Mulaudzi, 2016; Hall et al., 2018).

### **3.2 Políticas natalistas**

Cuando hablamos de la tasa de natalidad, nos estamos refiriendo al número de nacimientos en un país por cada mil habitantes (normalmente en un año) (Ayuso y Holzmann, 2014).

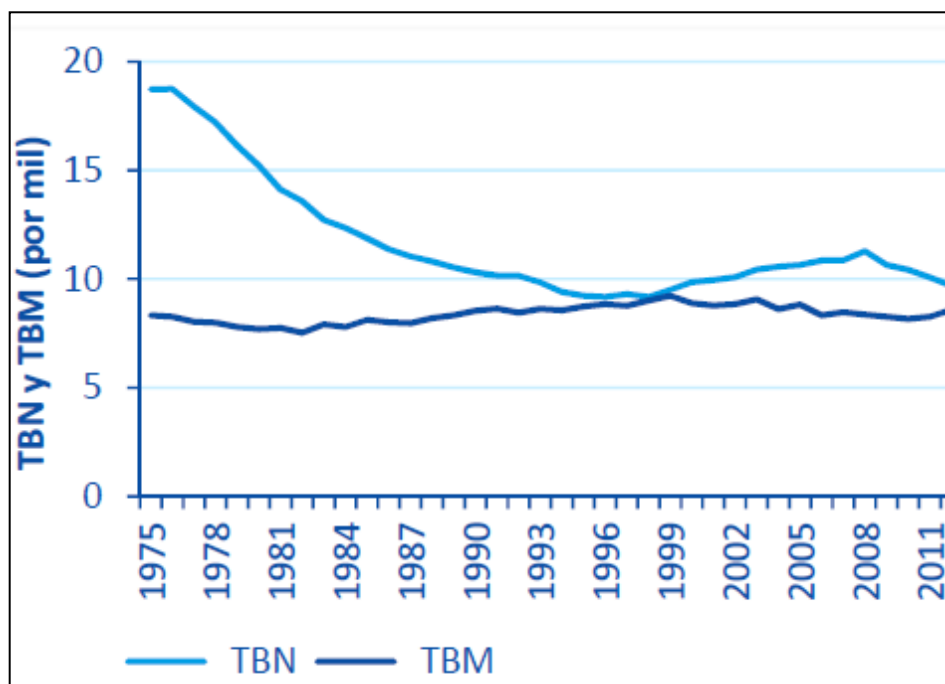
En España, la evolución de la tasa bruta de natalidad (TBN) tiene una tendencia decreciente desde finales del siglo XIX. Esta cambia ligeramente a principios del siglo XXI. Estos cambios, junto a los de la tasa bruta de mortalidad (TBM), pueden verse en las siguientes gráficas (Figuras 1 y 2):

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”



**Figura 1**, TBN y TBM en España desde 1858 hasta 1998.

Fuente: Ayuso y Holzmann (2014).



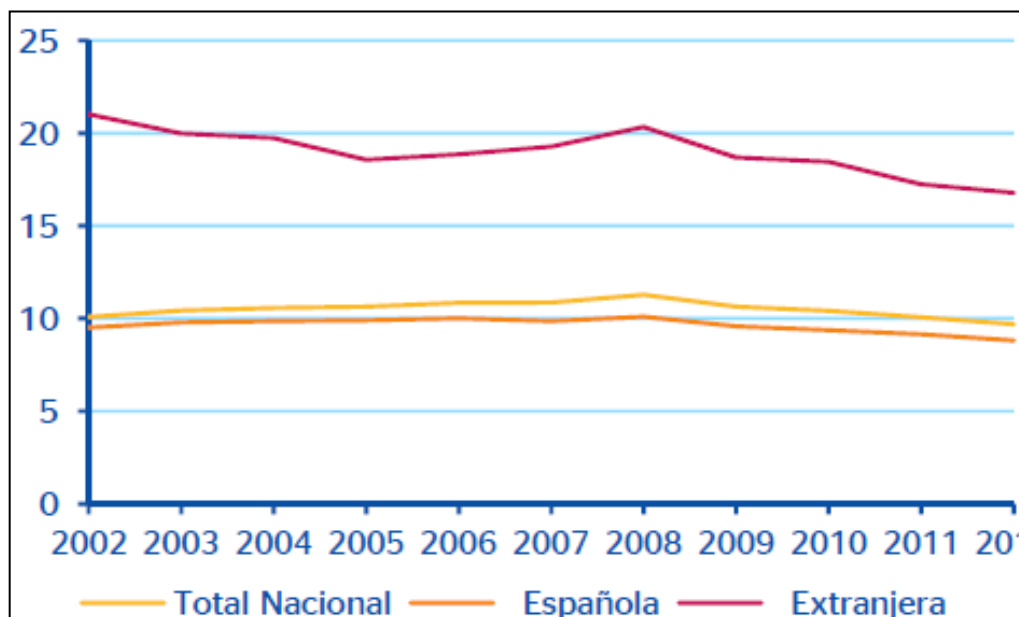
**Figura 2**, TBN y TBM en España desde 1975 hasta 2011.

Fuente: Ayuso y Holzmann (2014).

La tasa de fecundidad (TF) es el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres con edades entre los 15 y 49 años, durante un año. Como se

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

puede observar en la siguiente gráfica, la tasa de fecundidad, es inferior para las mujeres de origen español en comparación con las mujeres no españolas que viven en España.



**Figura 3**, TF en España desde 2002 hasta 2012.

Fuente: Ayuso y Holzmann (2014).

Desde la perspectiva jurídica, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la IVE, según el BOE (2010; 1-8), encontramos lo siguiente:

(...) El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

(...) Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

(...) El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concorra alguna de estas dos indicaciones: «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada», o «que exista riesgo de graves anomalías en el feto». Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente.

(...) Más allá de la vigésimo segunda semana, la ley configura dos supuestos excepcionales de interrupción del embarazo. El primero se refiere a aquellos casos en que «se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida», en que decae la premisa que hace de la vida

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

prenatal un bien jurídico protegido en tanto que proyección del artículo 15 de la Constitución (STC 212/1996). El segundo supuesto se circunscribe a los casos en que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico». Su comprobación se ha deferido al juicio experto de profesionales médicos conformado de acuerdo con la evidencia científica del momento.

### 3.2.1 *Acceso a relaciones sexuales*

Como se ha descrito y justificado anteriormente, según el BOE (2010), el desarrollo de la sexualidad y procreación forma parte de la dignidad de una persona, por lo que es de elección libre e individual de cada uno.

Hay límites jurídicos en cuanto a la edad legal de acceso a relaciones sexuales, habiendo pasado esta de ser a los 13, hasta ser ahora a los 16 años. De esta forma, la conducta sexual entre los jóvenes ha ido modificándose, adelantándose la primera relación sexual a los 16 años, rondando últimamente entre los 14 años. En esta primera relación, ha aumentado el uso de algún método anticonceptivo, pero hay un porcentaje bastante elevado, en torno al 33%, de adolescentes que dicen no haber utilizado ningún método anticonceptivo en su última relación sexual; siendo así, el método denominado coitus interruptus el segundo método más utilizado tras el preservativo masculino. Se ha comprobado que adolescentes con enseñanza sexual adecuada, tienen un inicio sexual más tardío no siendo este precoz. De esta forma, el personal sanitario como el pediatra o la enfermera, son las personas ideales para asesorar sobre este tema ya que se guarda la confidencialidad y son de fácil acceso (González, 2015).

El problema de hoy en día, es que los jóvenes acceden a contenidos sexuales como puede ser la pornografía, a una edad inapropiada, ya que estos son de fácil acceso a través de los móviles y ordenadores. Hay un movimiento que se llama “Sexting” conjugando las palabras “sex” y “texting”, que según Estefenon y Eisenstein (2015), consiste en tener conversaciones a través de aplicaciones tanto móviles como del ordenador en las cuales se incluye



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

contenido erótico o sensual, captado de y para las personas que mantienen la conversación. Pueden ser fotos de ellos mismos, vídeos, audios de voz, textos... Debido a la presencia de estas tecnologías digitales para la comunicación e información, es deber nuestro como profesionales ante la prevención y actuación de preparar a la población (niños, adolescentes y adultos que se hacen cargo de ellos), para llevar a cabo un uso saludable de estas nuevas tecnologías.

### 3.2.2 *Reproducción artificial*

Como hemos visto, el embarazo en la adolescencia está en auge, pero no queda la cosa ahí, puesto que el resto de embarazos que se excluyen del término “embarazo precoz” no están comprendidos en unas edades medias, sino que más bien a una edad retardada, con el término “embarazo tardío”. Estamos en una situación en la que nos encontramos en el punto del exceso o del defecto, inclinándonos hacia un extremo u otro en ambos casos. Llega un punto en el que el organismo no decide cuándo es el momento para ser padres, o cuándo está preparado para tal cambio físico y hormonal, sino que está en nuestras manos el hacerlo posible en el momento que creamos oportuno, sin tener en cuenta nuestro propio cuerpo, sus necesidades o sus posibles complicaciones.

Atendiendo a esto, en contraposición al embarazo precoz, nos encontramos con las alternativas artificiales de “acceso” al embarazo. Las actuales tendencias en la postergación al embarazo, debido a la edad tardía de la fecundación, más las diferentes problemáticas asociadas a la fecundidad tanto masculina como femenina, pone en relieve el uso de las nuevas tecnologías y avances en la ciencia de la reproducción asistida a través de diferentes técnicas.

En relación al uso de las mismas, actualmente, la inseminación artificial es cuestionada creando un debate en cuanto a sus indicaciones. La tasa global de gestaciones fue similar durante varios años anteriores, en 2012 y 2013, tanto para inseminación artificial conyugal como para inseminación artificial con donante, siendo para la primera en torno al 12,5% y para la segunda del 20%.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

En ambos tipos de inseminación artificial, en torno al 11% fueron gestaciones múltiples (Prados et al., 2017).

Hay que tener en cuenta que la prevalencia de esterilidad entre los españoles, se estima en un 15 % en las parejas que se encuentran en edad fértil. Durante los últimos años, ha tenido un incremento progresivo que ha generado un gran aumento de la demanda de estas técnicas para asistir a la reproducción. Se ha duplicado el número de centros sanitarios que ofrecen una o varias de estas técnicas de reproducción humana asistida. Sin embargo, estas técnicas presentan graves controversias debido a los fuertes problemas legales y éticos que generan.

La demanda de estas técnicas se encuentra en gran proporción en países desarrollados, debido mayormente al retraso de la edad media de maternidad, lo que lleva a una infertilidad femenina. Aun así, el 36,2% se debe a causas masculinas y el 22,6% a causas femeninas. En el caso de España se calcula una prevalencia de parejas estériles entre el 10 y el 20 %, siendo 600.000 parejas estériles, incrementándose este dato anualmente con unos 16.000 casos más. Según Seguí y Sarrías (2017), una de cada cinco de estas parejas se somete a tratamiento.

Existen varias técnicas de reproducción asistida que se describen a continuación (Seguí y Sarrías, 2017):

- Técnicas de fecundación intracorpóreas: la unión de los gametos se lleva a cabo dentro del cuerpo de la mujer:
  - Inseminación artificial homóloga: Se deposita el semen del cónyuge en el útero mediante una cánula intrauterina que facilita la fecundación. Previamente a la mujer se le estimula mediante hormonas gonadotropas para garantizar dos o tres óvulos. Tras la fecundación, se abortan los embriones que no interesan.
  - Inseminación artificial heteróloga o de donante: Igual que la anterior, pero se usa el semen de un donante.
  - Transferencia intratubárica de gametos: Se transfieren al mismo tiempo, pero separados, los gametos masculinos y femeninos en el interior de la trompa de Falopio.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Técnicas de fecundación in vitro o extracorpóreas: la unión de los gametos se realiza fuera del cuerpo de la mujer y posteriormente se transfieren los embriones al útero:

- Fecundación in vitro y transferencia de embriones: la fecundación se realiza en el laboratorio. Se deja en la incubadora unas 24 horas, para observar si se produce la fecundación. Si es así, en el 2º o 3º día de desarrollo se realiza la transferencia al útero. Normalmente se transfieren varios embriones para asegurar el embarazo. Los embriones que sobran se congelan por si se tienen que utilizar posteriormente.

- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides y transferencia de embriones: se introduce un solo espermatozoide en el óvulo.

- Otras técnicas:

- Bancos de semen: para la donación.

- Procedimiento de donación/obtención y congelación de óvulos.

- Congelación, donación o destrucción de embriones.

### 3.2.3 *Anticoncepción*

#### 3.2.3.1 *Métodos anticonceptivos*

La sexualidad y la reproducción en los adolescentes se ve influenciado por el entorno social, la cultura y su percepción del bienestar psicológico y afectivo. Esto plantea necesidades y cuestiones ante su sexualidad. En algunos estudios recopilados y estudiados por Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza, y Ponce-Rosas (2015), como se ha indicado, la primera relación sexual tiene un inicio cada vez más temprano y, por lo tanto, un manejo inadecuado de la sexualidad. Además, entre ellos, existe escasa comunicación, lo que hace muy difícil la negociación con la pareja durante situaciones adjuntas a las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. Es así, que se exponen a riesgos como embarazos no planeados, IVE e ITS.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

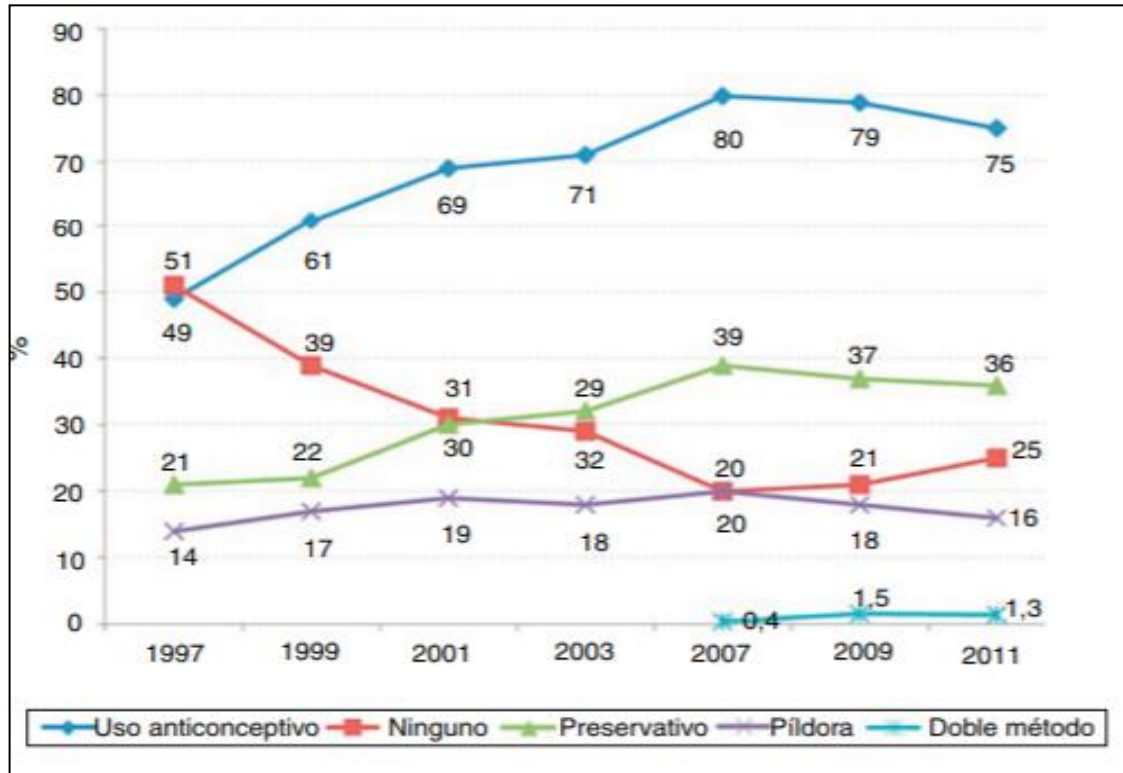
Con respecto a los métodos anticonceptivos, como nos indica Peláez (2016), hay que tener en cuenta las siguientes características antes de decantarse por la utilización de uno:

- Eficacia: Capacidad para evitar un embarazo. Se mide con el índice de Pearl, que es el número de embarazos que en cada 100 mujeres se producirían durante un año de su uso.
- Seguridad: Capacidad para alterar tanto de forma positiva como de forma negativa la salud. Se deben revisar las indicaciones y contraindicaciones.
- Reversibilidad: Recuperación de la capacidad para reproducirse tras la interrupción de su uso.
- Facilidad/complejidad de uso: Tiene relación con factores como el nivel educacional de la paciente, su madurez mental, y el conocimiento de su propio cuerpo.
- Costos: Hay que tener en cuenta la pérdida económica que genera y la posibilidad de acceder a este coste por las adolescentes.

Definida y descrita la importancia de los parámetros anteriores y teniendo en cuenta los puntos en cuestión, si vemos el tipo de anticonceptivos según su método de acción nos damos cuenta que hay muchas formas de prevención. Pese a esto, la mayoría de los adolescentes utilizan el preservativo masculino como primera elección, llegando casi al 90% de todos los adolescentes que utilizan algún método anticonceptivo durante las relaciones sexuales. El resto de métodos anticonceptivos son usados en muy bajo porcentaje, siendo el segundo de elección, la píldora anticonceptiva, tras el preservativo masculino. Lo que es curioso, es que hay un porcentaje pequeño para el método comúnmente llamado “marcha atrás” como método anticonceptivo, probado científicamente que no es efectivo ni fiable en un alto porcentaje, pero que este porcentaje, aun siendo pequeño, es superior al de otros métodos anticonceptivos de mayor fiabilidad como son los espermicidas, el diafragma y el DIU (dispositivo intrauterino). E incluso se ve el porcentaje de la marcha atrás casi al nivel del porcentaje de las píldoras anticonceptivas. La mayoría de la población adolescente tiene un nivel de conocimientos deficiente,

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

destacando con un porcentaje muchísimo inferior los adolescentes con un buen nivel de conocimiento. Estos datos, nos vuelven a recalcar que esta población es muy vulnerable y tiene una mayor probabilidad a presentar un embarazo no planificado en un tiempo corto (Alfaro et al., 2015; Moras, 2015).



**Figura 4**, Uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en España, 1997-2011.

Fuente: Larrañaga, Martín y Bacigalupe (2014).

Siempre que hablamos de métodos anticonceptivos automáticamente pensamos en la mujer, y no tenemos en cuenta la participación del hombre o de la pareja cuando este no es indiferente al proceso reproductivo. Debería de recibir la misma información y debemos darle los mismos servicios en cuanto a la planificación familiar, tanto para la salud de la pareja como para la suya propia. A todo esto, hay que tener en cuenta que en el hombre se presenta un inicio muy temprano en la vida sexual, pero el uso de métodos anticonceptivos masculinos se sigue manteniendo a un nivel muy bajo (Aspilcueta-Gho, 2013).

Todas estas alteraciones sexuales en los adolescentes a la hora de utilizar métodos anticonceptivos o no, lleva a conclusiones y afirmaciones ya

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

reseñadas tales como que la planificación familiar es un pilar fundamental si nos referimos a la salud sexual y reproductiva. Ésta se considera un derecho humano, asociado a la dignidad humana. Además, se ha demostrado que, en aquellos países con políticas liberales con respecto a la educación sexual y la disponibilidad de anticonceptivos, han conseguido que estos se usen de una forma más eficaz y por lo tanto disminuyen las tasas de embarazo entre las adolescentes (Fernández, Mariño, Ávalos y Baró, 2013).

#### 3.2.3.1.1 *Píldora anticonceptiva de emergencia*

Cuando hablamos de anticoncepción de emergencia nos referimos a los métodos anticonceptivos que cualquier mujer que se encuentre en edad reproductiva utilizaría en el caso de practicar relaciones sexuales sin protección, con algún fallo anticonceptivo, o con un uso incorrecto de los anticonceptivos. Este método de emergencia se recomendaría dentro de los cinco primeros días tras la relación sexual (siendo más eficaz cuanto antes se use)]. Por lo que es una opción a utilizar que no debe reemplazar los métodos anticonceptivos que se usen habitualmente, siendo este una excepción y no una norma. Además, no protege contra las ITS.

La píldora anticonceptiva de emergencia es uno de estos métodos, la cual está permitida su venta y distribución en las farmacias españolas desde el año 2009, siendo además gratuita o reembolsable en algunas regiones, sobre todo para las poblaciones más vulnerables, en las cuales se contempla la adolescencia (Jiménez-Iglesias, Moreno, García-Moya y Rivera, 2018).

Este método anticonceptivo, no es como tal, sino un método abortivo en caso de que se haya producido la fecundación. Llama la atención la visión de los adolescentes sobre la IVE en caso de embarazo accidental como podría ser con este método. La mayoría de chicos españoles indican que están a favor del aborto o en el caso de no estarlo, a favor de dar al bebé en adopción; al igual pasa con las chicas españolas, que indican que un bebé en esas edades te cambia el futuro académico totalmente. Sin embargo, si nos vamos a otros países como Rumanía, Colombia, Ecuador y Marruecos, la mayoría de los adolescentes, tanto chicos como chicas, están a favor de tener al bebé y no manifiestan una aceptación del aborto o interrupción del embarazo. Hay

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

diferentes puntos de vista sobre el aborto según la cultura a la que se pertenezca, y un tema de debate amplio dentro de las políticas sociosanitarias (Soriano-Ayala, González-Jiménez y Soriano-Ferrer, 2014).

### **3.3 Infecciones de Transmisión Sexual**

#### *3.3.1 Situación en España*

Para hablar de ITS, primero debemos saber qué es la salud sexual. Esta se define según la OMS como el conjunto de los elementos tanto corporales, como emocionales, intelectuales y culturales de una persona a través de unos medios que le hagan posible el desarrollo de su personalidad junto a la comunicación, el amor y de su sexualidad (Masiá, Masiá, García-Jiménez y López, 2008).

Una vez conocida la salud sexual, hay que tener en cuenta que las ITS son un conjunto de enfermedades que se pueden transmitir y que se encuentran en personas de todas las edades, aunque con mayor prevalencia en personas entre los 15 y 50 años. Estas enfermedades se transmiten por vía sexual. Se conocen actualmente 30 ITS diferentes, cuya distribución mundial no es uniforme. Las ITS más frecuentes en la adolescencia son: Virus del herpes simple, VPH (Virus del Papiloma Humano), Chlamidya trachomatis, Gonococo, Trichomonas, VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Durante los últimos años las ITS se han incrementado en la adolescencia, por la promiscuidad y las relaciones sexuales sin protección como es el preservativo masculino, ya que este método anticonceptivo previene en gran porcentaje la transmisión de estas infecciones a los que lo usan. Este aumento de las ITS entre los adolescentes es debido a que piensan que son demasiado jóvenes o inexpertos como para contraerlas, además de que no corren riesgos ya que piensan que esto solo ocurre en personas que tienen malos hábitos. A esto se le suma la falta de información acerca de estas infecciones y la poca probabilidad que tienen de preguntarla a otras personas con más experiencia y conocimientos por timidez (Castro, 2010; Jiménez, 2014; Velo-Higueras et al., 2018).

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

En diferentes estudios de ámbito nacional, Masiá et al. (2008); Libreros, Fuentes y Pérez (2008); Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés y Sierra (2014), se llegó a la conclusión de la falta de conocimientos general entre los adolescentes sobre las ITS, los síntomas asociados a estas y las vías de contagio, llegando incluso al 50% de la población total estudiada en algunos de estos estudios. Esta falta de conocimientos tiene además una diferencia significativa entre ambos sexos, siendo el déficit de conocimiento mayor en las mujeres.

**Tabla 1**, Distribución de los adolescentes según el nivel de conocimiento sobre ITS.

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	f (%)	f (%)	f (%)
<b>Bueno</b>	19 (7.09%)	25 (9.33%)	44 (16.42%)
<b>Regular</b>	89 (33.21%)	79 (29.48%)	168 (62.69%)
<b>Deficiente</b>	28 (10.45%)	28 (10.45%)	56 (20.90%)
<b>Total</b>	136 (50.75%)	132 (49.25%)	268 (100 %)

Fuente: Libreros, Fuentes y Pérez (2008).

Como se ha comentado anteriormente, los adolescentes son más vulnerables a estas ITS. Los factores que aumentan esta facilidad a padecer las infecciones son biológicos, asociados al comportamiento y sociales. Entre los biológicos se encuentran: la presencia de epitelio columnar en el ectocérvix siendo más accesible por gérmenes patógenos que el epitelio escamoso que se encuentra en la edad adulta; además en la adolescencia hay una cantidad menor de inmunoglobulina A del moco cervical que tiene efecto protector. Entre los factores asociados al comportamiento se encuentran: Inicio precoz sexual, promiscuidad y el consumo de alcohol y sustancias adictivas. Entre los factores



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

sociales se encuentran: acceso limitado a un sistema de salud y la preocupación por su confidencialidad durante la consulta (Jiménez, 2014).

### 3.3.1.1 Estadísticas

Si hablamos de la sífilis, los casos que fueron registrados en Europa en el año 2016 fueron 29.365, y en España fueron 3.357 casos. Esta cifra fue ocho veces mayor en hombres que en mujeres, siendo, además, el 66% de estas cifras entre hombres homosexuales. Desde el año 2010 no ha parado de incrementarse la cifra. El grupo de edad con mayor incidencia está en las personas entre 25 y 34 años. Con respecto a la gonorrea, en 2016 en Europa se registraron 75.249 casos, y 6.456 en España. En hombres se encuentran 6 veces más en el número de casos que en mujeres, siendo el 83,7% de todos los casos en España. La mayoría de casos se produjo entre los 20 y los 24 años de edad (Munain, 2019).

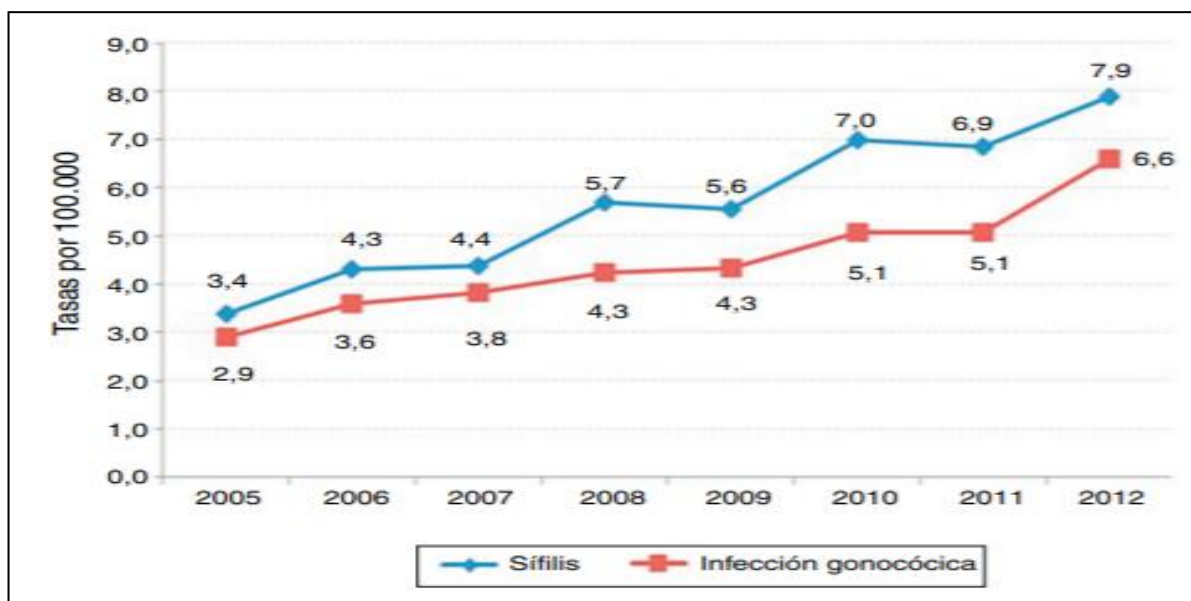
**Figura 5**, Incidencia de las ITS de declaración obligatoria en España, año 2016.

	Casos/100.000 habitantes
<b>Gonorrea</b>	
<i>Tasa global</i>	13,8
Hombres	23
Mujeres	4,32
<i>Grupo de edad más afectado: 20-24</i>	
Hombres	89,2
Mujeres	21,56
<b>Sífilis</b>	
<i>Tasa global</i>	7,22
Hombres	13,32
Mujeres	1,43
<i>Grupo de edad más afectado: 25-34</i>	
Hombres	35
Mujeres	4,6
<b>Chlamydia trachomatis (no LGV)</b>	
<i>Tasa global</i>	17,85
Hombres	17,09
Mujeres	18,43
<i>Grupo de edad más afectado: 20-24</i>	93,97
Hombres	67,8
Mujeres	120,6
<b>LGV</b>	
<i>Tasa global</i>	0,73
Hombres	1,39
Mujeres	0,08
<i>Grupo de edad más afectado: 25-34</i>	1,84
Hombres (25-34)	3,5
Mujeres (20-24)	1,9

Fuente: Munain (2019).

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

### 3.3.1.2 Sífilis y Gonorrea



**Figura 6,** Incidencia de sífilis y gonorrea en España, 2005-2012.

Fuente: Larrañaga et al. (2014).

Como ITS de moda en España, nos encontramos a la sífilis y la gonorrea que se encuentran en aumento en actualmente y, además, nos encontramos al VIH, con una prevalencia bastante elevada, pero encontrándose la incidencia en disminución. La sífilis es una ITS bacteriana, exclusiva del ser humano, cuya transmisión es mayoritariamente por vía sexual. La gonorrea, al igual que la sífilis, es una de las ITS bacteriana, esta es curable y es la ITS más común que se encuentra estrechamente relacionada con la transmisión del VIH, además de que causa graves complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y embarazos ectópicos. En España la gonorrea, la sífilis y el VIH son infecciones de declaración obligatoria semanalmente, pero con la aparición de la terapia antirretroviral para controlar el VIH, se han incrementado las prácticas sexuales de riesgo o sin protección, lo que ha llevado a un aumento de la sífilis y la gonorrea (Mejía, 2015; Wijers, Sánchez y Taveira, 2017; Bernal y Del Valle, 2017).

### 3.3.1.3 VIH

El VIH es una pandemia, uno de los principales problemas de salud pública mundialmente. En el año 2014, había 35,3 millones de personas

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

infectadas por este virus en todo el mundo. La mayor prevalencia de esta infección se encuentra en África subsahariana (25 millones de infectados) y tras esta se encuentran, Asia (4,8 millones de infectados) y América Latina (1,5 millones de infectados). En 2013 se confirmó un pequeño descenso en cuanto a la incidencia, aunque permanece en aumento el número de infecciones. En España la tasa de incidencia es de 8,5 por cada 100.000, siendo superior a la europea que se encuentra en 5,9 por cada 100.000. Del total de las nuevas infecciones por el VIH en un día del año 2012 en España, el 39% se encontraban en jóvenes con una edad entre 15 y 24 años; y el 44% del total de los nuevos casos de VIH diagnosticados en España durante el año 2012 fueron en jóvenes de entre 15 y 34 años. Actualmente, la mayor vía de transmisión es sexual, sumándole el aumento de inmigrantes que vienen a España con este virus y que tienen una vulnerabilidad mayor a infectarse. Es por esto que, para su prevención, es necesario concienciar el uso correcto y sistemático del preservativo durante las relaciones sexuales, aun sabiendo que, incluso teniendo un uso óptimo de los preservativos, estos no tienen una protección completa. No son 100% protectores, pero aumentan la protección, sobre todo contra el VIH y el embarazo, y mantienen la protección contra otras ITS como el herpes genital o el VPH, pero en menor medida (Hernando, Ortiz-Barreda, Galán, Sabidó y Casabona, 2014; Teva, Bermúdez y Ramiro, 2014; Osorio, Lopez-del Burgo, Ruiz-Canela, Carlos y de Irala, 2015; Carnicer-Pont et al., 2015; Belza, Hoyos, Fernandez-Balbuena, Diaz y Bravo, 2015; Pizarro, Del C, Rodríguez, Negro y Del A, 2016; Carlos et al., 2017).

### 3.3.2 *Prevención en adolescentes*

#### 3.3.2.1 *Vacunación*

Ante una buena promoción de la salud, uno de los puntos más importantes son las vacunas como forma de prevención de enfermedades infecciosas. Una vacuna, como nos indica Martínez, de Juanes y de Codes (2015), es una preparación con el fin de generar inmunidad contra una enfermedad de tal forma que se estimula la producción de anticuerpos. Hay dos tipos, las vivas atenuadas y las inactivadas, que al tener diferentes características influyen en su forma de administrar. Existen calendarios de

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

vacunación infantil. En España el primer calendario de este tipo fue en el año 1975. Actualmente estos calendarios dependen de cada comunidad autónoma. La Asociación Española de Pediatría actualiza, con evidencia científica, el calendario vacunal anualmente para todos los niños residentes en España (Martínez, de Juanes y de Codes, 2015; Moreno-Pérez et al.,2018).

**Tabla 2,** Calendario de vacunaciones sistemáticas de la Asociación Española de Pediatría de 2018.

CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2018 Comité Asesor de Vacunas										
VACUNA	Edad en meses						Edad en años			
	2	4	6	11	12	15	2-4	6	12	14-18
Hepatitis B <sup>1</sup>	HB	HB			HB					
Difteria, tétanos y tosferina <sup>2</sup>	DTPa	DTPa			DTPa			DTPa / Tdpa		Tdpa
Poliomielitis <sup>3</sup>	VPI	VPI			VPI			VPI		
Haemophilus influenzae tipo b <sup>4</sup>	Hib	Hib			Hib					
Neumococo <sup>5</sup>	VNC	VNC			VNC					
Meningococos C y ACWY <sup>6</sup>		MenC			MenC				MenC	Men* ACWY
Sarampión, rubeola y parotiditis <sup>7</sup>					SRP		SRP	Var / SRPV		
Varicela <sup>8</sup>					Var					
Virus del papiloma humano <sup>9</sup>									VPH 2 dosis	
Meningococo B <sup>10</sup>	MenB	MenB	MenB		MenB					
Rotavirus <sup>11</sup>	RV	RV	(RV)							

Vacunas financiadas
  Vacunas no financiadas

Fuente: Moreno-Pérez et al. (2018).

En España, la vacuna frente al VPH, se debe administrar a todas las chicas que tengan 12 años, a ser posible, como prevención del cáncer de cérvix, anal y lesiones precancerosas en los genitales femeninos. Se debe informar y recomendar a los chicos la posibilidad de recibir esta vacuna, ya que también están autorizadas para el sexo masculino. La administración es de 2 dosis entre los 11 y 12 años. Si es una vacuna de dos dosis se administra con

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

pauta 0-6 meses para niñas entre 9 y 13 años; y si son 3 dosis se administran en 0, 2 y 6 meses en chicas con más de 14 años (Moreno-Pérez et al., 2018).

### 3.3.2.2 *Conocimientos*

Los adolescentes españoles tienen un nivel bastante alto con respecto al conocimiento del VIH, pero hay que tener en cuenta también el bajo conocimiento que tienen los inmigrantes que llegan a España. Este conocimiento sobre las ITS es imprescindible ante la prevención. Según los estudios consultados (González, 2009; Carratalá, Espada, y Orgilés, 2013; Espada et al., 2014; Sagaró, Gómez, Moraga y García, 2014), llegamos a las conclusiones de que los adolescentes con padres divorciados tienen mejor actitud hacia el sexo seguro y hacia las ITS, pero no presentan diferencias en cuanto al nivel de conocimientos con los adolescentes que tienen a los padres casados. Pese a estos conocimientos elevados y sólidos, por lo menos entre los españoles, hay un gran porcentaje, como hemos comentado con anterioridad, que no usan ningún tipo de método anticonceptivo que pueda protegerles contra las ITS, como es el preservativo; y es que hay adolescentes que tienen una visión negativa hacia él argumentando que no se disfruta al completo de las relaciones sexuales cuando se usa el preservativo.

## 3.4 **Papel de Enfermería**

### 3.4.1 *Prevención y enseñanza*

Las intervenciones enfermeras en cuanto a la salud sexual en la adolescencia tienen el objetivo de reducir las consecuencias adversas de la práctica sexual, y de mejorar la calidad de las estas prácticas para toda su vida. Para intervenir ante este tema, se han usado varias estrategias como el marketing, actividades de educación de grupos en colegios y asesoramiento de forma individualizada. Es en la consulta de atención primaria (AP) donde los pediatras y las enfermeras centramos la actuación ante la prevención del embarazo no deseado y las ITS, aunque en general, el objetivo de la enfermera en AP en la adolescencia es establecer un estilo de vida saludable para alcanzar un equilibrio entre el cuerpo y la mente, incluyendo una conducta

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

responsable en cuanto a la sexualidad. Para poder aconsejar al adolescente debemos de tener en cuenta su historial sexual, y la importancia de aconsejar sobre los métodos anticonceptivos ante la prevención. Evidentemente la abstinencia es el mejor método anticonceptivo, pero la realidad que se ha justificado anteriormente nos demuestra que no tiene un desarrollo activo. Además, hay que tener en cuenta la edad, ya que esta presenta ciertas características: no son niños, pero tampoco adultos en la forma de pensar o actuar, por lo que no se correlaciona la edad física con la mental; se encuentran en un proceso de tránsito con cambios fisiológicos en su cuerpo; están buscando una identificación propia y personal a través de la libertad que reclaman, pero siguen dependiendo de sus padres; y por supuesto, quieren adaptarse al grupo social que les rodea con los mismos comportamientos y gustos. Pero, no debemos olvidar que hay adolescentes que ya no tienen vuelta atrás, ya se han quedado embarazadas y han decidido tener al bebé. En este caso también debemos intervenir como enfermeras, con la prevención para un futuro que no le ocurra de nuevo con un embarazo no deseado; pero también enseñando cómo actuar en su estado, cómo afrontar el embarazo, los beneficios de la lactancia materna... Debemos informar y enseñar para prevenir, pero también para educar a la población (Colomer, 2013; Murillo et al., 2014; Polanco, 2014; Pinilla, Domínguez y García, 2014; Carmenates, Aranda, Guerra, Pérez y Bujardón, 2014; Pérez y Morales, 2015).

### 3.4.2 *Enfermería escolar*

La enfermera debe actuar, aparte de en el centro de salud, en el colegio, yendo a este y haciendo hincapié sobre su función de enseñanza para prevenir, tanto los embarazos no deseados, como las ITS, ya que como hemos visto con anterioridad, el acceso a las relaciones sexuales es a una edad muy temprana (Carmenates et al., 2014)

La enfermera escolar, es definida como el profesional de enfermería que lleva a cabo su función estando presente en el entorno escolar en todo momento, siendo su objetivo el de intervenir en el desarrollo de la comunidad educativa, y procurando el máximo bienestar de ésta, tanto en el ámbito físico, como mental y social. Algunos niños necesitan este tipo de ayuda puesto que

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

presentan dificultades que no pueden ser atendidas por sus padres o sus profesores, y estando este papel de la enfermera escolar, el niño se verá integrado en su entorno a la vez que está siendo atendido por esta profesional. En el año 1897, según Casado (2015), se crearon los primeros puestos de enfermera escolar en Londres, con una posterior mejoría de los escolares (Figura 7). Entonces, se establecieron las funciones de la enfermera escolar: Atender las dolencias e higiene de los niños escolarizados, supervisar el entorno familiar e instruir a los padres sobre la educación y el cuidado de sus hijos, y prevenir enfermedades contagiosas y promocionar la salud. Este papel de la enfermera escolar se fue distribuyendo a otros países, pero en España, hay un debate entre la enfermera escolar y la de atención primaria, ya que esta última se encarga de la enseñanza pública, por lo que aún no está implantada. Entre la educación que debe dar la enfermera en el ámbito escolar, se encuentra la de la enseñanza sexual, puesto que se ha visto en varios estudios de países con este rol de la enfermera escolar, que mejoran las cifras de adolescentes con conocimientos y con mayor precaución ante este tema, además de una salud sexual mucho mejor que en países donde no nos encontramos este papel de la enfermería (Luces, Tizón, Porto y Fernández, 2014; Casado, 2015; González, Molina y Luttgés, 2015; Supe, 2015).

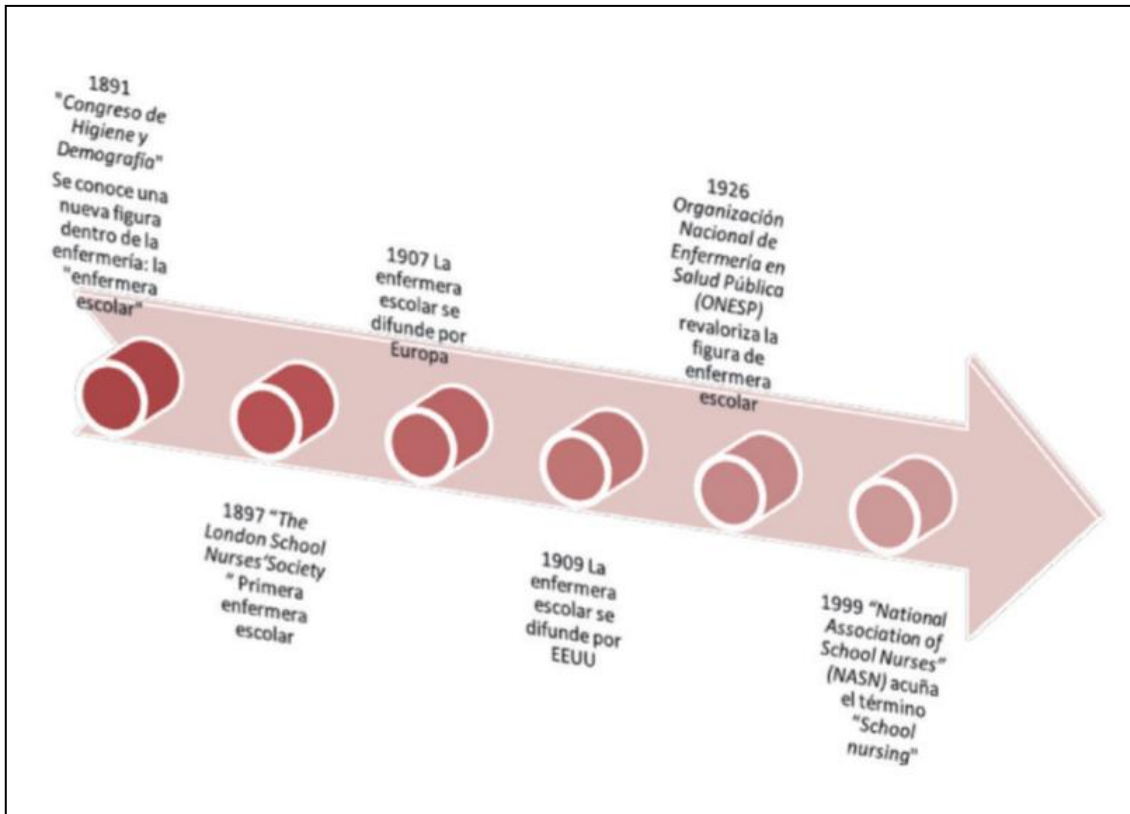
Al mismo tiempo que la enfermería iba avanzando, se fueron desarrollando diferentes teorías del cuidado de enfermería por diferentes autoras. Callista Roy, una teórica de la enfermería muy conocida en la actualidad, hizo su primera publicación en 1970 en un artículo de periódico tratando como tema principal el de su teoría, la adaptación. Según Díaz et al. (2002), para Roy los seres humanos somos holísticos y trascendentes, en busca de la autorrealización (siendo esta la razón de nuestra existencia), somos autónomos y responsables a la hora de tomar las decisiones, y somos capaces de adaptarnos tanto de forma individual como grupal para integrarnos en la sociedad y en el ambiente, a través de la transformación que sufrimos tras interpretar este medio, tanto interno como externo. Por lo que la meta de la enfermería es la promoción para una buena adaptación del ser humano de tal forma que se mantenga la integridad y dignidad de la salud a lo largo de la vida incluyendo la muerte digna.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Si aplicamos este modelo teórico de la adaptación al caso de una adolescente embarazada, debemos entender que el nacimiento de un hijo durante la adolescencia es una etapa de transición a la vida adulta y por lo tanto una nueva planificación de su vida asumiendo un nuevo papel como madre al que no se encuentra preparada. En su teoría, Roy considera a la persona un sistema abierto capaz de adaptarse a cambios externos e internos, indicando que, aunque la adolescencia no es la mejor edad para ser madre, es posible serlo y adaptarse. Los cambios que aparecerán influirán en toda la familia, no solo en la madre, por lo que todos participan en el proceso de gestación, incluyendo a los padres y abuelos de los futuros padres. Este ambiente que envuelve a la adolescente puede influir de forma positiva o de forma negativa. Por lo que la adaptación a la gestación es influenciada por tres factores: su salud psicosocial, su familia y la sociedad en la que vive. Esto influirá en el papel que a partir de entonces tendrá que asumir la gestante como madre. Según la teoría de Roy las personas podemos desempeñar papeles primarios (mayoría de los comportamientos en una fase de la vida), secundarios (asumidos para cumplir la tarea de una etapa de desarrollo a un papel primario) o terciarios (temporales y elegidos libremente), y somos capaces de adaptarnos a cualquier cambio, necesitando más tiempo o menos, dependiendo de los factores nombrados anteriormente. Ahí es donde se encuentra el papel de la enfermería, en favorecer la adaptación de forma adecuada a ese cambio o a cualquier otro que surja en la vida de nuestro paciente, de cualquier persona que esté en nuestras manos (Ibiapina et al., 2016).



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”



**Figura 7,** Cronología de la enfermera escolar.

Fuente: Casado (2015).

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## **4 METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño**

Nuestro trabajo de fin de grado (TFG) se ha realizado tras una investigación con una metodología cualitativa de tipo “estudio de caso”.

### **4.2 Sujeto del estudio**

Mujer de 17 años que acude a urgencias de su hospital de referencia por vómitos de 4 días de evolución. En este servicio de urgencias descubre que se encuentra embarazada de 6+2 semanas de gestación. Su diagnóstico médico es hiperemesis gravídica, por lo que ingresa en planta. Por la falta de información del tema, la escasa autonomía personal que presenta, y las dudas que se plantea; durante su estancia en el hospital, se realiza un apoyo y educación sanitaria.

### **4.3 Ámbito y Periodo del estudio**

El estudio fue realizado por el personal de enfermería de la planta “Materno-infantil” del hospital de referencia de la Provincia de Alicante, en el período comprendido desde el 17 de septiembre hasta el 11 de noviembre de 2018.

### **4.4 Procedimiento de recogida de información**

#### *4.4.1 Fuentes de información.*

Para realizar este trabajo se han utilizado unos datos obtenidos de diferentes fuentes:

- Historia clínica del paciente.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Valoración de enfermería. Se ha obtenido la información mediante varias entrevistas.
- Examen físico del paciente.
- Registros sobre la evolución, médica y enfermera.
- Observación directa e indirecta del paciente.
- Entrevista con el paciente.
- Revisión bibliográfica detallada que explico a continuación:

La búsqueda bibliográfica con evidencia científica se ha realizado utilizando las siguientes bases de datos: Dialnet, Elsevier, Pubmed y Scielo, entre otras. Para ello, se utilizaron descriptores en español: Embarazo, adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos, enfermería, VIH, sífilis, gonorrea. También, se usaron descriptores en inglés: Pregnancy, adolescence, sexually transmitted diseases, contraceptives, nursing, VIH, syphilis, gonorrhoea. Además, se han consultado otros tipos de documentos como revistas y tesis.

#### *4.4.2 Procesamiento de la información.*

Obtuvimos la autorización por parte de la paciente para poder realizar el estudio. Entonces pudimos llevar a cabo la recogida de datos entrevistándola personalmente en varias ocasiones, realizándole una exploración física, y además psicológica. Mantuvimos la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de la paciente y de todos sus datos personales en todo momento.

A continuación, realizamos una valoración enfermera teniendo en cuenta los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Con ello identificamos los patrones que se encontraban alterados o en riesgo, de los cuales obtuvimos los diagnósticos de enfermería junto con los problemas de colaboración. Así pudimos realizar un plan de cuidados adaptado a la paciente.

Se finalizó con una revisión bibliográfica científica, utilizando las anteriormente nombradas bases de datos, y seleccionando la información más en concordancia con los objetivos planteados.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

#### 4.5 Procesamiento de los datos.

Los datos recogidos se analizaron y organizaron con base de la metodología enfermera, realizando primero un análisis con el modelo Area, según Pesut y Herman (1999), con el fin de obtener un diagnóstico principal, según Herdman (2013), y el riesgo de complicación.

Más adelante, definimos las intervenciones y actividades, según Bulechek, Butcher, Bochterman y Wagner (2015), estableciendo unos objetivos, según Moorhead, Johnson, Mass y Swanson (2014). De esta forma, terminamos correctamente el proceso enfermero con todas sus partes: valoración, según Gordon (2003), planificación, ejecución y evaluación.

Para el estudio, se realizó un análisis crítico de las bases de datos científicas y documentos utilizados.

**Tabla 3,** Documentos seleccionados, lectura crítica.

FUENTE	NÚMERO DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS
Dialnet	5
Elsevier	2
Pubmed	11
Scielo	30
Otros documentos: revistas, tesis...	20

Fuente: Elaboración propia.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Descripción del caso

Mujer de 17 años, gestante, que acude a urgencias por vómitos de 4 días de evolución. No tolera sólidos, ni líquidos. No presenta fiebre. Además, presenta diarrea. Descarta la posibilidad de embarazo, pero se le realiza el test, y sale positivo.

- FUR (fecha de última regla): finales de agosto.
- G1 (primigesta).
- FM (fórmula menstrual): 4/28.
- No refiere antecedentes personales de interés.
- No RAM (reacciones alérgicas medicamentosas).
- No presenta hábitos tóxicos.

Exploración:

- Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación.
- Espéculo: escaso manchado vaginal.
- ECO TV (ecográfica transvaginal): saco gestacional intrauterino con vesícula vitelina y botón embrionario de 5,8 mm (milímetros) (acorde a 6+2 semanas de gestación). LC (latido cardíaco) positivo. Ovarios de aspecto normal. No líquido libre.

AS (Analítica de sangre): Hb (hemoglobina) 15,2 g/dl (gramos por decilitro), Hct (hematocrito) 46%. No leucocitosis. PCR (proteína C reactiva) negativa. Bioquímica: Na (sodio) 132 mEq/l (miliequivalentes por litro), K (potasio) 3,3 mEq/l. Hiponatremia e hipopotasemia.

Es subida a planta el mismo día que acude a urgencias, 25/09/2018, al servicio de materno-infantil del Hospital Universitario de Torrevieja, para tratamiento por hiperemesis gravídica.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Examen físico: Peso de 55 kilogramos (kg), talla de 1,57 metros (m), tensión arterial (TA) de 96/67 mmHg (milímetros de mercurio) y frecuencia cardíaca (FC) de 72 lpm (latidos por minuto). Cintura: 69 cm, cadera: 96 cm.

Tratamiento:

- Dieta absoluta.
- Fluidoterapia: 1000 ml de suero glucosado al 5% + 1000 ml de suero fisiológico al 0,9 % cada 24 horas.
- Primperan (Metoclopramida) de 10 mg/2ml i.v. (intravenoso) cada 8 horas.

## 5.2 Valoración del caso

### PATRÓN I: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

- Motivo de ingreso: hiperemesis gravídica. Es consciente de su enfermedad actual y consecuente con su cuidado.
- Buen estado general.
- No RAM.
- No antecedentes personales.
- No hábitos tóxicos.
- Portadora de vía periférica.
- Buena adherencia al tratamiento médico:
  - Dieta absoluta.
  - Fluidoterapia: 1000 ml de suero glucosado al 5% + 1000 ml de suero fisiológico al 0,9 % cada 24 horas.
  - Primperan (Metoclopramida) de 10 mg/2ml i.v. (intravenoso) cada 8 horas.

### PATRÓN II: NUTRICIONAL-METABÓLICO (Patrón alterado)

- Peso: 55 Kg.
- Talla: 1,57 m.
- IMC: 22,31: Normopeso.
- Porcentaje de grasa corporal: 25,282%



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Perímetro cintura-cadera: 0,72.
- Buena coloración e hidratación de la piel.
- No presenta fiebre. Temperatura de 36,2 °C.
- Hb 15,2 g/dl.
- Hct 46%.
- No leucocitosis.
- PCR negativa.
- Bioquímica: Na 132 mEq/l, K 3,3 mEq/l. Hiponatremia e hipopotasemia.
- No tolerancia de alimentos sólidos ni líquidos.
- Presenta vómitos por cada ingesta.

PATRÓN III: ELIMINACIÓN (Patrón alterado)

- No presenta problemas de eliminación con la orina.
- Presenta diarrea, unas 3 veces al día.

PATRÓN IV: ACTIVIDAD-REPOSO

- Independencia para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)
- FC: 72
- TA: 96/67
- Realiza deporte 3 veces a la semana. Sale a correr.

PATRÓN V: SUEÑO-DESCANSO

- Tiempo de sueño durante la noche de unas 8 o 9 horas.
- Presenta sueño reparador y satisfactorio. Refiere que suele dormir siempre bien.

PATRÓN VI: COGNITIVO-PERCEPTUAL (Patrón alterado)

- Escala EVA: 2
- Escala GLASGOW: 15
- Se encuentra consciente y orientada.
- Manifiesta preocupación e indecisión por no saber si quedarse con el bebé o abortar.

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO (Patrón alterado)

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Preocupación constante por el qué pasará si decide tener al bebé. Manifestada por ansiedad. Se encuentra pensativa la mayor parte del tiempo.
- No suele sonreír.
- Manifiesta sentimiento de culpabilidad como consecuencia de sus acciones.

#### PATRÓN VIII: ROL-RELACIONES

- Se comunica sin problemas con el personal y con su familia.
- Vive en Torrevieja junto a sus padres y su hermano pequeño.
- Viene a visitarla su novio.
- Los padres han aceptado la situación y van a ayudarla.

#### PATRÓN IX: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Embarazada de 6 semanas y 2 días.
- Primigesta.
- Utiliza preservativos siempre, salvo una vez.
- Menarquía a los 12 años.
- FUR: finales de agosto.
- FM: 4/28

#### PATRÓN X: TOLERANCIA-ADAPTACIÓN AL ESTRÉS (Patrón alterado)

- No tolera muy bien el estrés por un cambio grande, refiere que “quedarse embarazada no entraba en sus planes y que es muy difícil decidir”.
- Se encuentra inquieta, y en alerta ante cualquier reacción del entorno.
- No necesita medicación ante el estrés.

#### PATRÓN XI: VALORES-CREENCIAS.

- La religión no es algo importante para ella.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

### 5.3 Diagnóstico de enfermería

A continuación, utilizaremos a Herdman (2013) para los DxE:

#### PATRÓN II: NUTRICIONAL-METABÓLICO

- (00134) Náuseas r/c embarazo m/p aversión hacia alimentos, náuseas, sabor amargo, sensación de náuseas.
  - DEFINICIÓN: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.
  - DOMINIO: 12 Confort.
  - CLASE: 1 Confort físico.
- (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c diarrea, vómitos.
  - DEFINICIÓN: Vulnerable a cambios en los niveles de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud.
  - DOMINIO: 2 Nutrición.
  - CLASE: 5 Hidratación.

#### PATRÓN III: ELIMINACIÓN

- (00013) Diarrea r/c alimentación enteral, m/p calambres, dolor abdominal, pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas, ruidos intestinales hiperactivos, urgencia intestinal.
  - DEFINICIÓN: Eliminación de heces líquidas, no formadas.
  - DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio.
  - CLASE: 2 Función gastrointestinal.

#### PATRÓN VI: COGNITIVO-PERCEPTUAL

- (00083) Conflicto de decisiones r/c conflicto con la obligación moral, información insuficiente m/p cuestionamiento de las reglas morales mientras se intenta tomar una decisión, cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión, incertidumbre sobre las posibilidades, reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones consideradas, retraso en la toma de decisiones.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- DEFINICIÓN: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.
  - DOMINIO: 10 Principios Vitales.
  - CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones.
- (00175) Sufrimiento moral r/c limitación de tiempo para la toma de decisiones, incongruencia cultural m/p angustia por actuar basándose en la propia elección moral (ansiedad, temor).
- DEFINICIÓN: Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.
  - DOMINIO: 10 Principios Vitales.
  - CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones.

#### PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- (00146) Ansiedad r/c grandes cambios, conflicto de valores, amenaza al estatus habitual m/p anorexia, voz temblorosa, inquietud, contacto visual escaso, preocupación, temor, incertidumbre, arrepentimiento.
- DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
  - DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.
  - CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento.
- (00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración del rol social, disminución en el control del entorno, transición del desarrollo.
- DEFINICIÓN: Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.
  - DOMINIO: 6 Autopercepción.
  - CLASE: 2 Autoestima.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## PATRÓN X: TOLERANCIA-ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

- (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c ansiedad, hipervigilancia m/p actitud triste.
  - DEFINICIÓN: Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.
  - DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.
  - CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento.

### 5.3.1 Red razonamiento clínico de DxE basada en modelo AREA.



**Figura 8,** Red de razonamiento clínico del DxE principal.

Fuente: Elaboración propia.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

### 5.3.2 *Justificación del DxE principal.*

Teniendo en cuenta la Red de Razonamiento clínico del DxE principal de la imagen anterior, llegamos a concluir que el DxE principal de este caso es (00083) Conflicto de decisiones r/c conflicto con la obligación moral, información insuficiente m/p cuestionamiento de las reglas morales mientras se intenta tomar una decisión, cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión, incertidumbre sobre las posibilidades, reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones consideradas, retraso en la toma de decisiones. Si tratamos de solucionar este DxE conseguiremos solucionar la mayoría de DxE que pertenecen a esta paciente.

A continuación, explicaremos la relación del DxE principal con el resto de DxE, con los cuales está unido con flechas:

- Conflicto de decisiones-Ansiedad:

Como podemos ver en el artículo de Ruiz & Graupera (2005), la toma de decisiones, el conflicto en no saber qué hacer o elegir finalmente, es una acción que lleva al ser humano a tener cierta ansiedad y preocupación, tanto en el ámbito del deporte como indica el texto, como en cualquier ámbito; más en cuanto teniendo en cuenta que esta decisión, la de este caso, ser madre o no, es muy importante, ya que te compromete para toda la vida.

- Conflicto de decisiones-Riesgo de baja autoestima situacional:

La toma de decisiones complicadas o muy importantes, en cualquier caso, nos influye sobre nosotros mismos, sobre nuestra forma de pensar y nuestra forma de actuar, hasta tal punto que puede hacer que en esa situación perdamos nuestros niveles de autoestima, de querernos a nosotros mismos bajando de golpe. En el artículo de Albaladejo et al. (2004), se puede entender, cómo el personal con mayores tomas de decisiones en su trabajo presenta una autoestima en esa situación menor al personal con menor necesidad de decidir.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Conflicto de decisiones-Deterioro de la regulación del estado de ánimo:

El hecho de tener que tomar una decisión que resulta complicada para una persona, hace que el estado de ánimo de esta cambie, y sea incontrolable para ella. Como se explica en el artículo de Jiménez, Borrachero, Brígido, Melo & Dávila (2014), no saber qué decidir, qué elegir o qué hacer hace que el ánimo disminuya considerablemente puesto que se encuentra ante una situación de estrés emocional.

- Conflicto de decisiones-Sufrimiento moral:

Como se puede leer en el artículo de Muñoz Devesa, Morales Moreno, Bermejo Higuera & Galán González Serna (2014), como enfermeras, debemos cuidar a los pacientes en el sufrimiento personal y moral como consecuencia de una situación difícil, como puede ser el tomar una decisión complicada como en este caso.

#### **5.4 Problema de colaboración / Riesgos de complicación**

A continuación, vamos a ver los problemas de colaboración (PC) junto a sus riesgos de complicación (RC) de una hiperemesis gravídica, gracias a Carpenito (2017).

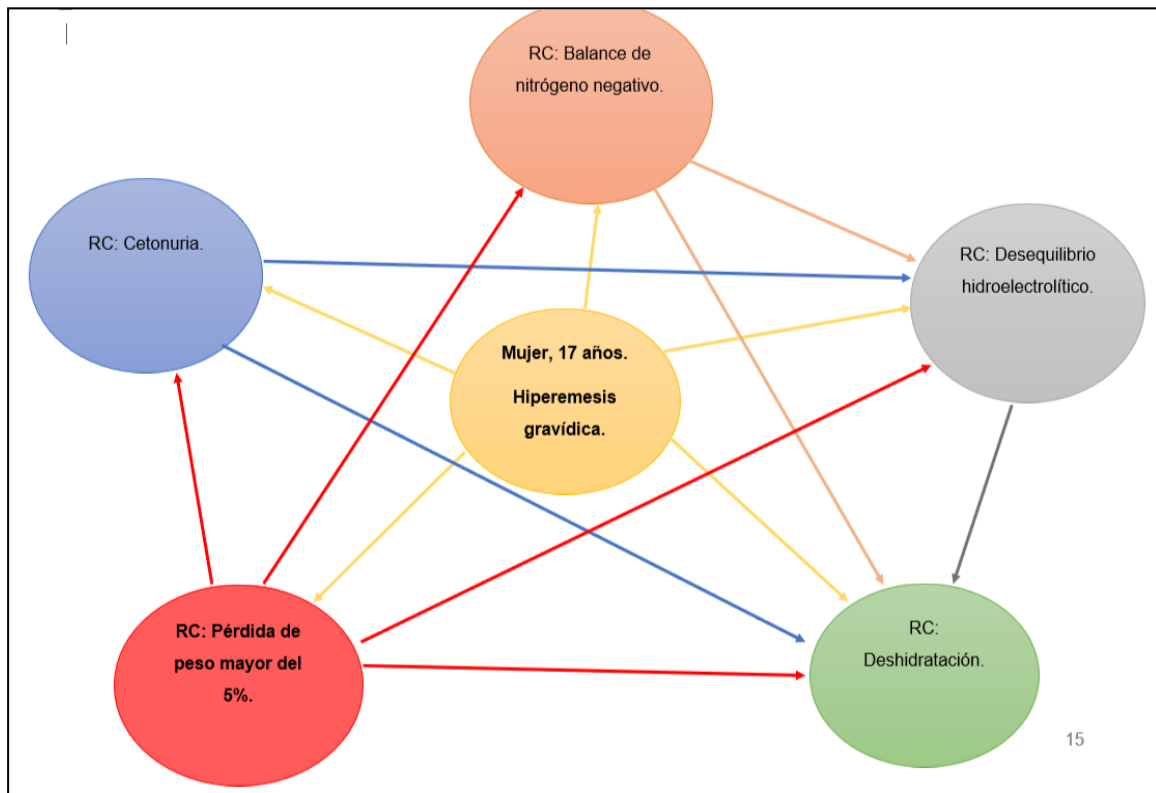
- PC: Hiperemesis gravídica.
  - RC: Balance de nitrógeno negativo.
  - RC: Desequilibrio hidroelectrolítico.
  - RC: Deshidratación.
  - RC: Pérdida de peso mayor del 5%.
  - RC: Cetonuria.

Aunque según Carpenito (2017), el principal riesgo de complicación de esta enfermedad, hiperemesis gravídica, sea tener un balance de nitrógeno negativo; según el artículo de Muñoz & Quesada (2011), el principal riesgo de complicación sería desequilibrio hidroelectrolítico en el que se incluiría la pérdida excesiva de nitrógeno, y por lo tanto un balance negativo de este.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Además, según el artículo de Silva (2006), existen otros riesgos de complicación, los cuales son: deshidratación, pérdida de peso mayor del 5%, y cetonuria.

#### 5.4.1 Red razonamiento clínico de RC basada en modelo AREA.



**Figura 9**, Red de Razonamiento clínico del RC principal.

Fuente: Elaboración propia.

#### 5.4.2 Justificación del RC principal.

En este caso, el RC principal es la pérdida de peso mayor al 5%. A continuación, vamos a explicar la relación que existe entre este RC principal con el resto de RC con los cuales está unido, ya que, si prevenimos este riesgo, los otros tendrán muchas menos posibilidades de ocurrir.

- RC: Pérdida de peso mayor del 5%-RC: Deshidratación:



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Como se puede observar en el siguiente artículo de Lucero (2014), la pérdida del 5%, más concretamente entre el 3 y el 9, se considera una deshidratación de leve a moderada, causada por vómitos o defecaciones excesivas como la diarrea. En este caso, a causa de la hiperemesis gravídica.

- RC: Pérdida de peso mayor del 5%-RC: Desequilibrio electrolítico:

Según Haro et al. (2015), en la hiperemesis gravídica, cuando hay una pérdida mayor o igual al 5 % de peso, se producen unas alteraciones homeostáticas en el organismo como es el desequilibrio electrolítico.

- RC: Pérdida de peso mayor del 85%-RC: Balance de nitrógeno negativo:

En el artículo de AHItIOAC (s.f.), se encuentra la información de que, en enfermedades como los síndromes de malabsorción, así como los síndromes de intestino corto se encuentran unas elevadas pérdidas nitrogenadas. Estos enfermos sufren una depleción progresiva de sus depósitos energético-proteicos por una disminución de la reserva grasa, así como de la proteína muscular y visceral. Esto mismo ocurre en la hiperemesis gravídica si se pierde un 5% de peso o más de este.

- RC: Pérdida de peso mayor del 5%-RC: Cetonuria:

En el artículo de Martínez Morales (2018), se llega a la conclusión de que uno de los síntomas más comunes en la hiperemesis gravídica es la pérdida de peso de más del 5%, por esta causa a su vez aparece la cetonuria afectando del 0,3 al 2% de los embarazos.

## **5.5 Planificación del DxE principal**

El DxE principal de este caso clínico es:

(00083) Conflicto de decisiones r/c conflicto con la obligación moral, información insuficiente m/p cuestionamiento de las reglas

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

morales mientras se intenta tomar una decisión, cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión, incertidumbre sobre las posibilidades, reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones consideradas, retraso en la toma de decisiones.

- DEFINICIÓN: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.
- DOMINIO: 10 Principios Vitales.
- CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones.

### NOC

Teniendo en cuenta el DxE principal, vamos a planificar el plan de cuidados de enfermería utilizando Moorhead, Johnson, Mass, Swanson, (2014).

Como NOC principal para poder llevar a cabo la resolución del DxE principal hemos elegido el siguiente:

(1614) Autonomía personal.

- DEFINICIÓN: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.
- DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud.
- CLASE: Q Conducta de salud.

Consideramos que este es el principal resultado que quiero obtener, ya que, si obtiene una autonomía como persona, será capaz de tomar una decisión ante cualquier situación que se le presente; y en este caso es lo que necesita, saber lo que quiere para poder decidir si quedarse con el bebé o no.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Para puntuar este NOC principal del DxE principal utilizaré las siguientes tablas:

**Cuadro 1,** Puntuación del NOC principal del DxE principal.

	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(1614): Autonomía personal.	2	4	96 horas

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 2,** Indicadores del NOC principal del DxE principal.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(161403) En el proceso de toma de decisiones muestra independencia.	2	4	96 horas
(161410) Afirma las preferencias personales.	3	5	96 horas
[(161412) Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.	2	4	96 horas

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 3,** Escala Likert.

Nunca demostrado:	Raramente demostrado:	A veces demostrado:	Frecuentemente demostrado:	Siempre demostrado:
1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

### NIC y actividades

A continuación, indicaremos las intervenciones y actividades que enfermería debe realizar para poder obtener el NOC principal, midiendo los indicadores de este. Para ello utilizaremos Bulechek, Butcher, Bochterman, Wagner (2015).

- (5250) Apoyo en la toma de decisiones.
  - DEFINICIÓN: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
  - CAMPO: 3 Conductual.
  - CLASE: R Ayuda para el afrontamiento.
  - ACTIVIDADES:
    - ✓ Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.
    - ✓ Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
    - ✓ Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
    - ✓ Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
    - ✓ Proporcionar la información solicitada por el paciente.
    - ✓ Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.
    - ✓ Servir de enlace entre el paciente y la familia.
    - ✓ Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- (5270) Apoyo emocional.
  - DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
  - CAMPO: 3 Conductual.
  - CLASE: R Ayuda para el afrontamiento.
  - ACTIVIDADES:
    - ✓ Comentar la experiencia emocional con el paciente.
    - ✓ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- ✓ Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
  - ✓ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
  - ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
  - ✓ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
  - ✓ Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
  - ✓ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- (4920) Escucha activa.
- DEFINICIÓN: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.
  - CAMPO: 3 Conductual.
  - CLASE: Q Potenciación de la comunicación.
  - ACTIVIDADES:
    - ✓ Mostrar interés por el paciente.
    - ✓ Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
    - ✓ Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
    - ✓ Estar atento al tono, ritmo, volumen, entonación e inflexión de la voz
    - ✓ Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.
    - ✓ Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
    - ✓ Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 5.6 Planificación del RC principal.

El RC principal de este caso clínico es: pérdida de peso mayor del 5%.

### NOC

Teniendo en cuenta el RC principal, vamos a elegir un NOC principal para medir de esta forma la prevención de este RC, y que este no llegue a ocurrir. Para ello utilizaremos Moorhead et al. (2014).

El NOC principal para este caso es el siguiente:

(1006) Peso: masa corporal

- DEFINICIÓN: Grado en el que el peso, el músculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad.
- DOMINIO: 2 Salud fisiológica.
- CLASE: I Regulación metabólica.

Consideramos que este es el objetivo principal a tener en cuenta, el peso, ya que midiendo este, sabremos si disminuye más del 5% o no hay ninguna pérdida.

Para puntuar este NOC principal y evitar así, que ocurra este RC, utilizaré las siguientes tablas junto a los siguientes indicadores:

**Cuadro 4**, Puntuación del NOC principal del RC principal.

	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(1006) Peso: masa corporal	5	5	96 horas

Fuente: Elaboración propia.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

**Cuadro 5**, Indicadores del NOC principal del RC principal.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(100601) Peso.	5	5	96 horas
(100604) Tasa del perímetro cintura/cadera (mujeres).	5	5	96 horas
(100606) Porcentaje de grasa corporal.	5	5	96 horas

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 6**, Escala Likert.

Desviación grave del rango normal:	Desviación sustancial del rango normal:	Desviación moderada del rango normal:	Desviación leve del rango normal:	Sin desviación del rango normal:
1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia.

### NIC y actividades

A continuación, expondremos las intervenciones que tenemos que llevar a cabo para poder medir el NOC principal, y evitar que ocurra el RC principal. Para ello utilizaremos Bulechek et al. (2015):

- (1260) Manejo del peso:
  - DEFINICIÓN: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
  - CAMPO: 1 Fisiológico: Básico.
  - CLASE: D Apoyo nutricional.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- ACTIVIDADES:
  - ✓ Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
  - ✓ Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
  - ✓ Determinar el peso corporal ideal del individuo.
  - ✓ Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo.
  
- (1160) Monitorización nutricional:
  - DEFINICIÓN: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.
  - CAMPO: 1 Fisiológico: Básico.
  - CLASE: D Apoyo nutricional.
  - ACTIVIDADES:
    - ✓ Pesar al paciente.
    - ✓ Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej., índice de masa corporal, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
    - ✓ Identificar los cambios recientes del peso corporal.
    - ✓ Observar la presencia de náuseas y vómitos.
    - ✓ Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).
    - ✓ Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (p. ej., colesterol, albúmina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina de 24 horas, BUN, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y niveles de electrolitos).



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 5.7 Ejecución

A continuación, planificaremos los cuidados a la paciente por parte de enfermería, con las intervenciones y actividades a lo largo de 96 horas, 4 días.

**25/09/2018**

**Mañana:** Nuestra paciente ingresa en planta sobre las 12:00 h de la mañana, por una hiperemesis gravídica. Presenta buen aspecto general, se encuentra consciente y orientada y conoce el motivo de ingreso. La recibimos en la habitación, nos presentamos. Le damos la información del centro, las reglas de este. Colocamos el timbre cerca para llamarnos por si quiere ayuda para cualquier cosa o tiene dudas. Tomamos las constantes por turno como indica el protocolo. Se encuentra afebril con una temperatura de 36,2°C y con constantes estables: TA 100/67 mmHg, Sat.O2 99%, FC 68 lpm. Es portadora de una vía periférica puesta en urgencias, del número 20, en el miembro superior derecho que se encuentra permeable. No presenta dolor, EVA 0.

Tras realizar todas las intervenciones anteriores por protocolo, nos disponemos a realizar sus intervenciones propias. Puesto que ingresa tarde, las intervenciones planificadas para las 8h y 12h de la mañana se realizarán en el turno, pero sin seguir el horario establecido.

Realizamos la (1160) Monitorización nutricional. Esta intervención la realizamos nosotros como enfermeros, con un tiempo de duración de 40 minutos aproximadamente. En este caso, comenzamos sobre las 12:30 h y acabamos sobre las 13:30h; tardando más, ya que es la primera vez que se la realizamos a la paciente. El material necesario que hemos utilizado es: una báscula, una cinta métrica, una calculadora y un folio y bolígrafo para apuntar. El procedimiento es el siguiente: primero pesamos a la paciente con la báscula, apoyando los dos pies, con el tronco en posición recta y mirando al frente; obtenemos el resultado de 54,8 kg habiendo perdido únicamente 0,2 kg. Con la medida del peso más la talla, realizamos el IMC, obteniendo de resultado 22,23 kg/m<sup>2</sup> manteniéndose en Normopeso. A continuación, medimos la cintura y la cadera con una cinta métrica, estando la paciente de pie. Realizamos el índice cintura-cadera obteniendo los resultados: cintura 69 cm, cadera 96 cm, e índice

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

cintura-cadera 0,719; por lo que se encuentra en las mismas medidas que en la realización al ingreso a urgencias. Calculamos el porcentaje de grasa corporal con la fórmula de Deurenberg y obtenemos un resultado de 25,186%, estando en un estado saludable. Todas estas medidas utilizadas, son buenas y fiables, por lo que es una buena forma de conocer el estado nutricional de la persona a la que se le hacen, como se explica en este artículo de Soto (2018), en el cual también son utilizadas para el mismo fin.

A continuación, realizamos como enfermeros, el (1260) Manejo del peso, comenzando sobre las 13:30h, nada más terminar con la intervención anterior, y teniendo una duración de unos 30 minutos. Para esta intervención, el material únicamente será la información obtenida sobre la enfermedad y la afección de esta sobre el peso, junto con sus riesgos. Explicamos a la paciente que el peso debe de mantenerlo en el rango en el que está, que es muy importante que no pierda peso, o en el caso de que lo haga que no supere el 5% del inicio, en este caso que no baje el peso de los 52,25 kg, ya que, si lo hace, estaríamos hablando de una deshidratación como nos indica el artículo de Icaza & Del Carmen (2018), y eso afectaría a todo el organismo y todos los sistemas alterándolos. Además, indicamos que el índice de grasa corporal debe de estar en los niveles de entre 21 y 33% de su cuerpo, como podemos ver en la imagen: índice de grasa corporal mujeres - Buscar con Google. (s. f.), y el cual iremos midiendo a lo largo de su estancia en el hospital. Comentamos que en el caso de que vomite, tenga diarrea, o se encuentre mal que nos avise para registrarlo y poner medios. Informamos que es posible que el médico nos pida sacarle una analítica de sangre en algún momento para controlarle los electrolitos. Obtenemos una aprobación por parte de la paciente que parece haber entendido la información administrada.

A lo largo de todo el turno hemos ido realizando las intervenciones de (5250) Apoyo en la toma de decisiones, (5270) Apoyo emocional y, (4920) Escucha activa, como enfermeros que somos. El tiempo dedicado en este turno ha sido de 40 minutos aproximadamente, aunque no tienen un tiempo específico recomendado ya que depende de la paciente, de lo que necesite ella. Para apoyarla en la toma de decisión de tener el bebé o no, hemos utilizado unos panfletos, que son como una guía cuando te quedas

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

embarazada de forma inesperada y no sabes qué hacer. Además, hemos dado todas las opciones que tiene, tanto el tener al bebé con lo que conlleva el embarazo, cómo suele desarrollarse y la responsabilidad que trae con él; como la opción de abortar, teniendo esta opción solo hasta que el embarazo sea de 14 semanas sin sobrepasar estas, ya que entonces, sería un delito abortar salvo causas médicas como la existencia de grave riesgo para la salud de la embarazada o riesgo de graves anomalías en el feto. Además, en este caso requeriríamos el consentimiento de los padres al ser ella menor de edad, con 17 años. Toda esta información obtenida del artículo de Montoro (2018). La paciente en todo momento se ha mantenido activa y pendiente de la información por lo que estaba interesada en conocerla. Nos ha pedido que informemos de igual manera a sus padres, y tras ello se verá capacitada para comentárselo ella.

Animamos a la paciente a que exprese los sentimientos que tenga, le ofrecemos el llamarnos si tiene cualquier duda o si simplemente tiene ganas de comentarnos algo, o cómo se siente.

Tras la información recibida, se encuentra pensativa y nos informa de que es una decisión muy complicada para ella, que se siente confusa.

Además, nos ha preguntado algunas dudas, las cuales hemos intentado solucionar además de escuchar atentamente sin que se nos pase ningún gesto ni sentimiento no expresado verbalmente.

Una vez terminadas las intervenciones, registramos en el ordenador la información sobre nuestro paciente y, al final del turno, damos el relevo a la enfermera del siguiente turno.

**Tarde:** En este turno, recibimos el relevo del turno anterior. Vamos a la habitación para ver cómo se encuentra la paciente, y vemos que está tranquila. A continuación, realizamos las siguientes intervenciones:

(1160) Monitorización nutricional: Comenzando a realizarla nosotros, los enfermeros, sobre las 16:00h y tardando unos 30 minutos en su realización. El peso obtenido es de 54,9 kg, de esta forma habiendo subido 0,1 kg desde esta mañana y habiendo perdido únicamente 0,1 kg desde su peso inicial, que

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

tomamos como referencia, 55kg. El IMC es de 22,31 kg/m<sup>2</sup> manteniéndose en Normopeso. Realizamos las medidas con la cinta métrica y obtenemos los resultados de: cintura 69 cm, cadera 96 cm, e índice cintura-cadera 0,719; por lo que siguen siendo las mismas medidas anteriormente registradas, sin haber perdido volumen. En este caso, perfecto mantenerse en el rango. Con la fórmula de Deurenberg, calculamos el porcentaje de grasa corporal, obteniendo un resultado de 25,282 %, indicando buen estado de salud.

(1260) Manejo del peso: La realizamos nosotros como enfermeros, sobre las 19:00h como indica en el cronograma, y durando esta unos 20 minutos. Esta vez tiene una duración inferior a la de esta mañana, puesto que hay información que no es necesaria repetir salvo que la paciente nos indique alguna duda al respecto o necesidad de repetirla. Indicamos a la paciente que se mantiene en el peso que debe estar, y recordamos que es importante que no baje del peso de 52,25kg por su riesgo a sufrir deshidratación. Le comentamos los resultados obtenidos en la intervención anterior y le indicamos que están muy bien estos resultados.

Además, preguntamos si ha vomitado o ha tenido diarrea en algún momento a lo que ella responde que no. Nos verbaliza que se encontraba con náuseas sobre las 15:00h, pero al administrarle el Primperan (Metoclopramida) de 10 mg/2ml i.v. sobre las 16:00h, como está pautado en su tratamiento, han desaparecido esas náuseas, y se encuentra bien.

A lo largo de toda la tarde realizamos las intervenciones de (5250) Apoyo en la toma de decisiones, (5270) Apoyo emocional y, (4920) Escucha activa. En este caso, sobre las 18:00h, la paciente nos comenta haber dialogado con sus padres y su novio sobre el tema de tener el bebé. Nos indica que está barajando la posibilidad de tenerlo y hacerse cargo, ya que es su responsabilidad junto con la de su novio, y deben asumir las consecuencias. A todo esto, escuchamos de forma activa y apoyamos emocionalmente. Además, nos pregunta qué haríamos nosotros si estuviésemos en esa situación. Como enfermeros no debemos dar la opinión personal en esta elección puesto que podemos influenciarla, acabando esta paciente por tomar una decisión que realmente no creía la adecuada, influenciada por los demás. La apoyamos en

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

esta toma de decisión, indicándole que hay muchas opciones y cuáles son, además de que ella es la que debe decidir sin dejarse influenciar por nadie, que lo que decida ella, es lo que va a estar bien. Nadie puede obligarla a nada. Pero recordamos que tiene un tiempo límite para decidirlo, que en este caso aún le quedan de 6 a 7 semanas como muy tarde. Se queda satisfecha con la información, y con el apoyo de enfermería.

Al acabar las intervenciones, registramos todo lo referente a la paciente para que quede constancia. Y al terminar el turno, damos el relevo a la enfermera del turno siguiente.

**Noche:** Recibimos el relevo del turno anterior, y nos vamos a la habitación para ver el aspecto de la paciente y si se encuentra bien o tiene alguna molestia. Se encuentra bien, por lo que le preguntamos si ha vomitado o ha tenido diarrea a lo que nos contesta que no. Que se encuentra en perfecto estado y que está comiendo todo lo que se le pone sin sentir ningún malestar.

Recibimos una petición por parte del médico, para realizarle una analítica mañana por la mañana sobre las 7:00h, e informamos a la paciente. La analítica consta de bioquímica y un hemograma. Y, además, nos solicita una gasometría arterial.

Durante el turno de noche no realizamos (1160) Monitorización nutricional, ni (1260) Manejo del peso, puesto que no es necesario pesar ni realizar las medidas antropométricas 3 veces al día. Sin embargo, las intervenciones de (5250) Apoyo en la toma de decisiones, (5270) Apoyo emocional y, (4920) Escucha activa, las debemos realizar en cada turno, puesto que son importantísimas, y son a demanda de la paciente. En este caso, no ha sido necesario, puesto que la paciente ha tenido una noche tranquila, echándose a dormir poco tiempo después de haber cenado, y teniendo un sueño reparador.

Sobre las 7:00h realizamos la analítica de sangre y la punción arterial para obtener sangre para la gasometría. Cursamos ambas, y las mandamos a laboratorio.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Al finalizar el turno, dejamos escrito lo relevante a la paciente, y damos el relevo a la enfermera del turno siguiente.

**26/09/2018**

**Mañana:** Recibimos el relevo del turno anterior, y vamos a la habitación a ver cómo se encuentra la paciente. Aún está adormilada en la cama.

Realizamos la (1160) Monitorización nutricional como enfermeros que somos, sobre las 8:00h. Tardamos aproximadamente unos 30 minutos.

Obtenemos los siguientes resultados: Un peso de 54,9 kg manteniendo el mismo desde la tarde anterior, por lo que mantiene el IMC en 22,31 kg/m<sup>2</sup> con Normopeso. Un índice cintura-cadera de 0,719 midiendo la cintura 69 cm y la cadera 96 cm siguiendo con las mismas medidas anteriormente registradas. Con la fórmula de Deurenberg, calculamos el porcentaje de grasa corporal, obteniendo el mismo resultado del turno de la tarde anterior de 25,282%. Por lo que se encuentra bien físicamente.

Sobre las 12:00h, como enfermero, realizamos el (1260) Manejo del peso teniendo una duración de 10 minutos, únicamente recordando los límites del peso y comentando los buenos resultados obtenidos en la intervención anterior. Comentamos, además, que el médico le ha progresado la dieta para ver qué tal le sienta, tomando agua y líquidos, y si todo va bien le progresaremos para comer el medio día a una dieta semiblanda. Aprovechando el momento, comentamos que lleva pautado el antiemético si lo precisa, ya no es cada 8 horas, que si siente náuseas que nos lo indique y se lo ponemos sin problema. Y, por último, retiramos los sueros de la fluidoterapia por orden médica.

Durante la mañana, hemos realizado las intervenciones de: (5250) Apoyo en la toma de decisiones, (5270) Apoyo emocional y, (4920) Escucha activa, en cuanto que hemos ido a preguntar si se ha decidido ya por algo, o ha estado pensando. Nos comunica que seguramente tenga al bebé, pero que aún no está decidido del todo, no se encuentra segura. Le preguntamos cómo se siente, cuál es ese motivo de su inseguridad y nos indica que sus padres la agobian mucho, que su novio la entiende perfectamente y que lo que decidan

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

él va a seguir con ella, tanto para tener al bebé como para no tenerlo. Pero sus padres, como que de alguna manera la están presionando para que no lo tenga, para que aborte, puesto que no lo ven conveniente para su futuro.

Ella nos expresa un poco de ansiedad por la situación, y nosotros como enfermeros la apoyamos indicándole que es su futuro, y debe decidirlo ella, es algo muy importante por lo que no debe dejarse influenciar por nadie. Le decimos que sí, que debe de escuchar las opiniones y entender por qué los demás piensan así, pero no por eso cambiar de opinión. Además de que debe de tener en cuenta los pro y contras de cualquier decisión. Nos indica que por el dinero para mantener al bebé no habría problema, puesto que su novio tiene 5 años más que ella, trabaja junto a su padre en una empresa privada y tiene un sueldo, y ella está estudiando, y aunque tuviese al bebé y tuviese que paralizar los estudios un tiempo, seguirá estudiando y terminará una carrera para trabajar.

Al final de la conversación, se muestra más tranquila y segura de sí misma, indicándonos que esa misma tarde tomará una decisión definitiva.

Durante el turno de la mañana llegan los resultados de la analítica de sangre junto con los de la gasometría arterial. Los valores del equilibrio ácido-base, los electrolitos, el hematocrito y la osmolalidad, se encuentran a niveles normales, dentro del rango de la normalidad por lo que el médico nos indica que le daría el alta esta tarde mismo. Aun así, va a mantenerla ingresada para observar que no se produce ninguna alteración y le dará el alta al día siguiente.

Además, le ha sentado muy bien la comida con dieta semiblanda, por lo que dejamos esta dieta hasta nueva orden médica.

Al finalizar el turno, dejamos escrito y registrado todo lo relevante respecto a la paciente, y damos el relevo a la enfermera del turno siguiente.

**Tarde:** Recibimos el relevo de la enfermera de la mañana. Nos pasamos por la habitación para ver si se encuentra bien la paciente, obteniendo un resultado positivo. Está tranquila, en el horario de la siesta.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

A continuación, sobre las 16:00h realizamos como enfermeros, la (1160) Monitorización nutricional. Tardamos aproximadamente unos 30 minutos. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Peso de 55 kg, habiendo aumentado 0,01kg y volviendo al peso inicial al ingreso, por lo que el IMC vuelve a ser de 22,31 kg/m<sup>2</sup>, manteniéndose en Normopeso. Un índice cintura-cadera de 0,719 con las medidas de 69 cm de cintura y 96 cm de cadera, manteniéndose en los mismos niveles anteriores. Calculamos el porcentaje de grasa corporal, obteniendo 25,282% de resultado. Es una buena cifra.

Más tarde, sobre las 19:00h, como enfermeros, realizamos el (1260) Manejo del peso. Comentamos los resultados obtenidos en la intervención anterior e indicando que están muy bien, ya que son como los del ingreso prácticamente, por lo que no ha perdido peso desde entonces, y por lo tanto no hay riesgos asociados. Nos comunica que no ha vomitado ni ido al baño con diarrea y que se encuentra muy bien.

Durante toda la tarde, a demanda de la paciente, realizamos las intervenciones de: (5250) Apoyo en la toma de decisiones, (5270) Apoyo emocional y, (4920) Escucha activa. Nos comunica en la tarde, que definitivamente están decididos ella y su novio a tener al bebé y refiere que sus padres, aunque no entienden la decisión por completo, lo harán porque la quieren a ella como hija y la comprenden. Se ve más decidida que antes para tomar decisiones y los gestos son más comunes de los que suele tener una persona segura de sí misma y de sus decisiones. Nos comunica que está muy contenta e ilusionada por tener al bebé. Y, además, nos indica que está muy satisfecha con la decisión tomada. Nos da las gracias por todo, indicando que no habría estado tan segura de su decisión si el personal de enfermería no hubiese ayudado tanto, dando apoyo e informando.

Aprovechando un poco la situación, informamos por orden médica, que es posible que mañana le den el alta si todo sigue así de bien, a lo que nos contesta con una sonrisa e indicándonos que está de acuerdo.



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Al acabar el turno, reflejamos los datos pertinentes sobre la paciente, y damos el relevo a la enfermera del turno siguiente.

**Noche:** Recibimos el relevo del turno anterior. Nos pasamos por la habitación para ver a la paciente y aprovechamos para preguntar qué tal le ha sentado la cena. Nos indica que genial, que tenía hambre. Le informamos que ahora la dieta será basal, ya puede comer de lo que quiera, puesto que el médico le ha progresado la dieta. Observamos que en la habitación se encuentran ella y el novio haciéndole compañía. Hay un ambiente tranquilo.

Comunicamos que, si necesita algo durante la noche, que nos puede llamar y comunicárnoslo.

Durante toda la noche, no ha hecho falta realizar ninguna intervención, puesto que la paciente no ha avisado. Además, nos hemos pasado por la mañana, sobre las 07:30h a ver qué tal se encontraba y aún estaba durmiendo, por lo que deducimos que ha tenido una buena noche.

Al acabar el turno, escribimos y registramos la información de la paciente, y damos el relevo a la enfermera del turno siguiente.

### **27/09/2018**

**Mañana:** Recibimos el relevo del turno anterior. Justo al salir del control de enfermería para ir a ver a la paciente, nos cruzamos con su médico. Este, nos informa que va a pasarse por la habitación y que va a darle el alta, ya que no encuentra nada alterado por lo que tenga que seguir ingresada.

Al terminar, el médico se pasa por el control y nos informa que está todo hecho, que puede irse cuando quiera.

Nos dirigimos a la habitación, informamos de que está todo bien, le retiramos la vía periférica, y damos el informe de alta de enfermería. Nos comunica que sus padres están de camino, y la recogen a ella y a su novio. Además, nos dan las gracias por todos los servicios prestados.

Pese a que ha sido menos de 96 horas, el tiempo que habíamos pensado que sería necesario para mejorar su estado del DxE principal, parece

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

otra persona diferente a la que ingresó, puesto que se encuentra mucho más segura de sí misma y expresa esta seguridad tanto verbal como gestualmente.

## 5.8 Cronograma

**Cuadro 7**, Cronograma de intervenciones enfermeras.

I N T E R V E N C I O N E S	TURNO	MAÑANA (M)							TARDE (T)							NOCHE (N)								
	HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
(5250) Apoyo en la toma de decisiones.				X							X									X				
(5270) Apoyo emocional.				X							X									X				
(4920) Escucha activa.				X							X									X				
(1260) Manejo del peso					X							X												
(1160) Monitorización nutricional.	X									X														

Fuente: Elaboración propia.

## 5.9 Evaluación

Teniendo en cuenta el DxE principal y el RC principal, estableceremos la evaluación de sus NOC principales junto con sus indicadores, tras haber realizado las intervenciones y actividades de enfermería.

### 5.9.1 Evaluación del resultado del DxEp

NOC principal del DxE principal:

(1614) Autonomía personal.

- DEFINICIÓN: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.
- DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud.
- CLASE: Q Conducta de salud.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

**Cuadro 8**, Evaluación del NOC principal del DxE principal.

	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(1614): Autonomía personal.	2	4	3	48 horas

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 9**, Evaluación de los indicadores del NOC principal del DxE principal.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(161403) En el proceso de toma de decisiones muestra independencia.	2	4	3	48 horas
(161410) Afirma las preferencias personales.	3	5	4	48 horas
[(161412) Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.	2	4	3	48 horas

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 10**, Escala Likert.

Nunca demostrado:	Raramente demostrado:	A veces demostrado:	Frecuentemente demostrado:	Siempre demostrado:
1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta, que el tiempo inicial en el que íbamos a realizar nuestras intervenciones para obtener los resultados del NOC principal era de 96 horas, pero habiendo sido imposible puesto que han dado el alta a la paciente a las 48 horas de ingreso en planta, la puntuación alcanzada no ha sido la esperada, aun así, la puntuación ha cambiado en aumento, por lo que,

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

tenemos un resultado positivo, estando en proceso el conseguir la puntuación que nos propusimos como puntuación diana.

### 5.9.2 Evaluación del resultado del RCp

NOC principal del RC principal:

(1006) Peso: masa corporal

- DEFINICIÓN: Grado en el que el peso, el músculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad.
- DOMINIO: 2 Salud fisiológica.
- CLASE: I Regulación metabólica.

**Cuadro 11**, Evaluación del NOC principal del RC principal.

	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(1006) Peso: masa corporal	5	5	5	48 horas

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 12**, Evaluación de los indicadores del NOC principal del RC principal.

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(100601) Peso.	5	5	5	48 horas
(100604) Tasa del perímetro cintura/cadera (mujeres).	5	5	5	48 horas
(100606) Porcentaje de grasa corporal.	5	5	5	48 horas

Fuente: Elaboración propia.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

**Cuadro 13**, Escala Likert.

Desviación grave del rango normal:	Desviación sustancial del rango normal:	Desviación moderada del rango normal:	Desviación leve del rango normal:	Sin desviación del rango normal:
1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia.

Como resultado, el NOC principal y sus indicadores del RC principal, se ha mantenido en la máxima puntuación, sin sufrir un descenso en ningún momento, por lo que, tenemos un resultado positivo, pese a que ha sido en 48 horas, y no en 96 horas como lo habíamos planteado al principio.

### **5.10 Reflexión enfermera**

Como enfermeros, teniendo en cuenta este caso clínico, hemos necesitado aprender y practicar mucho mis habilidades sociales, la empatía; ya que, a esta paciente era más necesario atenderla de esta forma, hablando con ella y haciéndola expresarse, que haciendo técnicas. Cada paciente que tengamos es importantísimo ponerte en su lugar, aunque no sabrías cómo se siente porque no eres esa persona, pero por lo menos para intentarlo o entender qué es lo que necesita en esos momentos como apoyo a su situación.

Este caso concreto, nos ha ayudado bastante, puesto que nunca está de más, aprender y mejorar respecto al trato y al afecto que se le da a los demás, no solo pacientes como tal, sino a todos los que nos rodean; puesto que pacientes somos todos en cualquier momento, no hace falta ir vestido de hospital para ser paciente, ni ir de blanco para ser enfermero. Con esto queremos decir, que nos ha ayudado como personas a ver más allá de lo que las personas quieren que veamos y a comprender un poco el por qué.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

Nos ha gustado mucho trabajar con esta chica como paciente, ya que hemos ido viendo su evolución a mejor. Durante su ingreso, ha madurado un poco en cierto modo, y en una pequeña parte ha sido gracias al apoyo que le hemos brindado por parte de enfermería.

Al irse de alta nos dio las gracias por todo, y la verdad, tendríamos que haberle dado las gracias, nosotros a ella, por enseñarnos tanto.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 6 DISCUSIÓN

Hemos resaltado y justificado anteriormente que el intervalo de edad con la incidencia más elevada de embarazos, según Gálvez et al. (2017), son entre los 17 y los 19 años. En nuestro caso de estudio, se trata de una chica de 17 años, y ésta no sabía de su embarazo hasta llegar a la puerta de urgencias para una demanda que no era confirmar el embarazo sino por otro motivo, y encontrándose con el diagnóstico de embarazo, por lo que se trata de un embarazo no deseado o inesperado como bien justifica Mora-Cancino y Hernández-Valencia (2015) nos indica que ocurre en la mayoría de las embarazadas en estas edades.

En los embarazos precoces pueden influir diferentes factores como los personales, psicosociales y los familiares, descritos anteriormente por Alarcón et al. (2009). Con respecto a nuestra paciente, en varias ocasiones hemos podido hablar con ella y hemos compendiado información a dicho respecto. Debatiendo a lo que dicen la mayoría de los estudios en cuanto a que la familia tiene una gran importancia con respecto a la educación y disminuyendo la incidencia de embarazos en jóvenes si se recibe una buena educación, nuestra paciente ha recibido una gran educación por parte de los padres y la familia sin ser excesivamente autoritarios ni permisivos. Sí que es verdad que presenta otros factores influyentes en riesgo como son los personales y psicosociales ya que mantiene una pareja estable pero las relaciones sexuales a veces las mantiene con protección y otras muchas veces sin alguna forma de evitar un embarazo, según nos informó. En cuanto a los riesgos psicosociales, presenta un alto nivel de estudios ya que se plantea terminar el curso y continuar en la universidad, pero presenta una personalidad bastante indecisa, lo que puede influir a la hora de tomar decisiones como es el usar algún método anticonceptivo y dejarse guiar por las influencias que la rodee.

En nuestra paciente, como hemos observado a lo largo del plan de cuidados, encontramos un peso bastante comprometido, ya que presenta hiperemesis gravídica como motivo de ingreso y diagnóstico médico. Si ésta se complica o no es tratada adecuadamente puede desencadenar en una pérdida

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

excesiva del peso, comprometiendo así la vida del bebé como nos indica la OMS (2018), ya que en las adolescentes que son gestantes necesitan mayor peso que una embarazada en edad adulta para conseguir un peso adecuado en el bebé.

A lo largo del cuidado de la gestante, ésta, nos daba información con la cual podemos corroborar la conclusión de Mendoza et al. (2016) en cuanto que las relaciones sexuales se inician cada vez más temprano. En este caso la chica nos confesó que su primera relación sexual fue cuando tenía 15 años, encontrándose en la adolescencia media según Mendoza et al. (2016). Aunque, no se cumplen los factores influyentes al inicio temprano en la sexualidad que nos muestran Royuela et al. (2015), puesto que tiene una buena relación con los padres como hemos mencionado anteriormente, y no consume drogas, además de presentar un buen estado de salud. Como dejamos plasmado, esta chica pertenece a una familia con un nivel adquisitivo medio-alto, no presenta escasez de recursos, por lo que no pertenece al grupo de personas jóvenes que dan a luz en el mismo año, como nos muestra la OMS (2018), siendo la mayoría pertenecientes a países de ingresos bajos.

Recuperando la importancia del tema familiar, esta influye de una manera muy significativa. En este caso clínico, llegó hasta el punto de hacer dudar a la gestante de si lo mejor era quedarse con el bebé o realizar una IVE. La chica quería dar a luz y tener al bebé consigo, mientras que los padres dudaban de si esa era la mejor opción, por lo que le transmitieron las dudas a su hija. Aquí puede verse la importancia del entorno, de la familia, a la hora de la toma de decisiones, cumpliéndose las afirmaciones realizadas por Domínguez (2018) y Chávez (2015) al respecto. Por supuesto se cumple en este caso, como en cualquier otro aspecto de la vida, porque siempre estamos rodeados de un entorno y una mentalidad social, el criterio de Goffman (1963), en cuanto al estigma social. Sus padres se ven influenciados por la sociedad, por lo que está bien y lo que no, dentro de la mentalidad que les rodea. En este caso, no está bien visto que una chica joven, de 17 años, de una familia de buena situación social y económica, que además está cursando estudios, se quede embarazada, y mucho menos, que decida tener al bebé y ser madre a una edad tan temprana. Pese a este estigma social y pese a la influencia



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

parental, guiada por el mismo estigma, sobre la gestante, la chica decide y manifiesta al alta hospitalaria, ser madre y tener al bebé, asumiendo las consecuencias. Por lo que no se ve influenciada finalmente por este estigma, como debería ocurrir en la mayoría de casos dentro de la cultura occidental, la cual se supone que se encuentra en un estado más avanzado que otros países o zonas del mundo como es África Subsahariana, donde la mayoría de las adolescentes se dejan llevar por el pensamiento social, a veces sin plantearse que puede existir otro pensamiento u otra forma de vivir.

A fin de cuentas, el estigma influye sobre la mentalidad de las personas que se encuentran inmersas en esa sociedad. Respecto a este asunto, en España se encuentra la Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, según el BOE (2010) que nos indica que la decisión de ser padres y tener hijos son asuntos íntimos, por lo que la sociedad no puede influir jurídicamente sobre las personas ante esta decisión.

Durante la estancia de esta chica en el hospital, se le instruyó sobre el tema de la IVE ya que se encontraba embarazada de 6+2 SG, y hay que tener en cuenta que según la ley mencionada anteriormente del BOE (2010), se permite la IVE hasta la semana 14 de la gestación, con las condiciones de informar de los derechos y ayudas a la maternidad, además de transcurrir 3 días desde la prestación de esta información anterior. En este caso sería IVE por petición de la embarazada, y no por motivos médicos. En tal caso, el plazo aumentaría hasta la semana 22 de la gestación, e incluso alargándose esta fecha en ciertas situaciones.

Cabe mencionar, que este trabajo no tendría sentido si los jóvenes no accediesen de una forma tan rápida a las relaciones sexuales, pero, no es el caso. Cada vez acceden antes a éstas, como ha quedado descrito previamente. Como nos indica González (2015), se accede a un contenido sexual de una forma rápida y sencilla a través de los móviles y de la tecnología. En nuestro caso, la paciente afirma haber mantenido conversaciones con el que es su novio y futuro padre de su hijo en las cuales se mandaban contenido sexual, todo previo a su primer encuentro sexual, confirmándonos así las palabras de Estefenon y Eisenstein (2015), en cuanto al “sexting”, y la importancia que tenemos los profesionales y los padres a la hora de educar a

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

los hijos con las tecnologías. La chica nos afirma que, si no hubiese tenido este tipo de conversaciones con su novio, seguramente todo habría ido más despacio, retrasando la fecha de la primera relación sexual.

En conversaciones conjuntas entre el personal de enfermería, la chica y el novio, hemos rescatado la información de que antes de elegir un método anticonceptivo, no han tenido nunca en cuenta las características de estos, nombradas y explicadas anteriormente según Peláez (2016), como pueden ser eficacia, seguridad, reversibilidad, complejidad y el coste. Directamente eligieron el preservativo masculino, como el 90% de los adolescentes según Alfaro et al. (2015), porque es el método anticonceptivo que conocían y del que los amigos les habían hablado. Pero cabe destacar que, aunque decían de usarlo, en varias ocasiones no lo llegaban a utilizar por prisas a mantener la relación sexual o por cualquier otro motivo y acababan realizando el coitus interruptus, por lo cual han llegado a esta situación de embarazo no deseado. Aquí se demuestra la falta de información sobre los métodos anticonceptivos que presentan la mayoría de adolescentes como indican en sus estudios Alfaro et al. (2015) y Moras (2015). Estos futuros padres, nos indicaron que, aunque hubiesen sabido del posible embarazo con el tiempo suficiente para utilizar la píldora anticonceptiva, no la habrían comprado, ya que son consecuentes de sus actos; al contrario de lo que nos indica el estudio de Soriano-Ayala et al. (2014), en el que la mayoría de los jóvenes españoles, chicos y chicas, indican estar a favor del aborto o del uso de esta píldora, la cual es un método abortivo.

Ambos, nos comunicaron que respecto a las ITS no tenían mucho conocimiento, que simplemente tenían entendido que utilizando el preservativo masculino estaban exentos de infectarse de cualquiera de estas enfermedades. Con esta información podemos ver la falta de conocimiento, nombrada anteriormente según Libreros et al. (2008), que se encuentra en la actualidad entre la mayoría de la población joven. Como nos indica Jiménez (2014), esto hace que sean más vulnerables a estas infecciones, llegando así a otras consecuencias en su salud. En este caso, ninguno de los dos jóvenes presentaba alguna ITS. Además, la chica estaba vacunada con la vacuna del VPH, con todas sus dosis y en su período de tiempo adecuado, a los 12 años

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

como nos muestran Moreno-Pérez et al. (2018) en su calendario de vacunas actualizado.

Con toda la información recogida y comparada en este estudio, vemos cómo el papel de la enfermería, corroborando de nuevo con lo estudiado por Carmenates et al. (2014), tiene su gran importancia en la educación de la población, desde la juventud, e incluso desde la niñez para llegar una sociedad donde el estilo de vida saludable sea la moda. Los chicos, la paciente y su novio, nos dieron a entender que si hubiesen recibido una educación más completa en cuanto a los métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales desde niños, quizás no habrían tenido que hacerse cargo de un embarazo no deseado; por lo que es aquí donde se recalca y se demanda el papel de la enfermera escolar, cuya función según Casado (2015), es la de desarrollar a la comunidad educativa para procurar el bienestar en su punto máximo en los ámbitos físico, mental y social.

### **6.1 Limitaciones al estudio.**

Nuestra paciente estuvo en todo el tiempo dedicado al estudio muy colaborativa con los profesionales sanitarios, de tal forma que nos aportó muchísima información al respecto. Se consiguió información necesaria como para llevar a cabo el estudio, pero hay que tener en cuenta los siguientes factores que influyeron a la hora de limitar el estudio:

- Tiempo limitado para realizar el seguimiento del estudio debido al período corto de ingreso de la chica en el centro hospitalario.
- Limitación en cuanto a la generalización de los resultados, puesto que es un caso clínico individual. Siendo así, estos resultados están condicionados por la persona de la que han sido obtenidos y son datos no extrapolables.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 7 CONCLUSIONES

Los resultados que hemos obtenido realizando este TFG junto al estudio posterior de éste, nuestro trabajo, centrado en los embarazos durante la adolescencia de forma general, nos dan la oportunidad de presentar las conclusiones finales referidas a éste mismo:

1. Como se ha demostrado, los embarazos adolescentes en los últimos años han ido incrementándose hasta llegar al 10% en la población mundial. Estos son consecuencias de diversos factores personales, psicosociales y familiares, destacando éstos últimos, los cuales tienen mayor peso a la hora de interferir en la vida sexual del adolescente. Encontramos diversas consecuencias físicas y psicológicas al hecho de llevar a cabo un embarazo en estas edades, que afectan tanto a la gestante como al embrión, sumándole las posibles consecuencias que van ligadas a un típico embarazo, sin olvidar que estas complicaciones en el embarazo y parto son la segunda causa de muerte mundial entre los adolescentes.
2. En referencia al segundo de nuestros objetivos específicos, se ha indicado con anterioridad que la primera relación sexual tiene un inicio cada vez más temprano, ligado a un déficit en el manejo sexual. Esto hace que los conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos sean en la gran mayoría deficientes, demostrándose en cuanto que, en la mayoría de los casos, los adolescentes utilizan el preservativo masculino como primera elección, pero hay un gran número de ellos, situándose en el segundo puesto de elección, que utilizan métodos muy poco fiables que tienen altas posibilidades de desencadenar en un embarazo no deseado.
3. Actualmente, los jóvenes españoles presentan buenos conocimientos respecto a las ITS, pero los jóvenes inmigrantes muestran un déficit de éstos. En España encontramos a la sífilis y la gonorrea, junto al VIH, con una prevalencia e incidencia bastante elevadas. En 2016 se registraron más de tres mil casos de sífilis y el doble de gonorrea. Esta primera, con una mayor incidencia entre adultos, y la segunda, con su incidencia elevada

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

entre los jóvenes. En cuanto al VIH, en España tenemos una incidencia bastante más elevada con respecto a la europea. Pese a estos datos, tenemos una buena prevención con vacunas y métodos anticonceptivos, aunque no hay que olvidar que éstos protegen, pero no al 100%, ni ante todas las ITS, por lo que es fundamental tener buenos conocimientos.

4. Debe de ser en la consulta de AP donde enfermería debe centrarse en la actuación ante la prevención del embarazo no deseado y las ITS, teniendo así el objetivo de establecer un estilo de vida saludable para alcanzar un equilibrio entre el cuerpo y la mente, incluyendo una conducta responsable en cuanto a la sexualidad. Aquí se incorpora el papel de la enfermera escolar, siendo su objetivo el de intervenir en el desarrollo de la comunidad educativa, y procurando el máximo bienestar de ésta, tanto en el ámbito físico, como mental y social.
5. Finalmente, en referencia a nuestro último objetivo específico, hemos concluido que, aunque los adolescentes en esta situación, con un embarazo no deseado, presentan en la mayoría de los casos, unas características como déficit de conocimientos, una alteración en la estructura familiar, además de factores de riesgo sociales y personales; éstos no tienen por qué ser decisivos a la hora de presentar este riesgo.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

## 8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHitIOAC, I. D. (s.f.). Indicaciones del soporte nutricional. *Revista de medicina de la universidad de Navarra*, 1, 5.
- Alarcón, R., Coello, J., Cabrera, J., y Monier, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de enfermería*, 25(1-2), 0-0.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78, 505-516.
- Alfaro, M., Vázquez, M. E., Fierro, A., Muñoz, M. F., Rodríguez, L., y González, C. (2015). Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*, 17(67), 217-225.
- Alonso, R. M., Campo, A., González, A., Rodríguez, B., y Medina, L. (2005). Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 21(5-6), 0-0.
- Alonso, R. M., Rodríguez, B., Yanes, C. D., y Castillo, E. (2018). Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 44(1), 1-10.
- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30, 480-486.
- Ayuso, M., y Holzmann, R. (2014). Natalidad, pirámide poblacional y movimientos migratorios en España: su efecto en el sistema de pensiones. *Documentos de trabajo del Instituto BBVA de pensiones*, 8, 1-18.
- Baeza, B., Póo, A. M., Vázquez, O., Muñoz, S., y Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 76-81.
- Belza, M. J., Hoyos, J., Fernandez-Balbuena, S., Diaz, A., y Bravo, M. J. (2015). Assessment of an outreach street-based HIV rapid testing

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

programme as a strategy to promote early diagnosis: a comparison with two surveillance systems in Spain, 2008-2011. *Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles= European communicable disease bulletin*, 20(14).

Bernal, O., y Del Valle, M. (2017). *Estudio de las características clínico-microbiológicas de los pacientes con sífilis en el HUVV (Málaga)*.

Boletín Oficial del Estado. (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Bochterman, J.M., y Wagner, C.M. (2015). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier.

Carlos, S., Lopez-del Burgo, C., Burgueño, E., Martínez-González, M. Á., Osorio, A., Ndarabu, A., ... y de Irala, J. (2017). Male condom use, multiple sexual partners and HIV: a prospective case-control study in Kinshasa (DRC). *AIDS care*, 29(6), 772-781

Carmenates, C. O., Aranda, A. M. B., Guerra, L. F., Pérez, S. B., y Bujardón, A. (2014). Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. *Humanidades Médicas*, 14(3), 629-645.

Carnicer-Pont, D., Montoliu, A., Marín, J. L., Almeda, J., González, V., Muñoz, R., ... y HIV nadó working group. (2015). Twenty years trends and socio-demographic characteristics of HIV prevalence in women giving birth in Catalonia (Spain). *Gaceta sanitaria*, 29(5), 347-352.

Carpenito, L. (2017). *Manual de diagnósticos enfermeros*.

Carratalá, E., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2013). Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Salud mental*, 36(5), 387-391.

Casado, A. E. (2015). Enfermería Escolar: La Situación hoy en día. *Revista Enfermería CyL*, 7(1), 56-61.

Castro, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista habanera de ciencias médicas*, 9, 705-716.

Chávez, M. A. G. (2015). El aborto: un abordaje bio-psico-social. *Dilemata*, (17), 1-21.



“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Colomer, J. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269.
- Díaz, L., de Villalobos, D., Mercedes, M., Gallego, P., Gómez, B., Gómez, E., ... y Carolina, J. (2002). *Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy*. *Aquichan*, 2(1), 19-23.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 37(3), 387-398.
- Domínguez, M. (2018). *Factores psicosociales que influyen en la práctica del aborto en adolescentes en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel* (Doctoral dissertation). Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia.
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., y Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564.
- Estefenon, S. G. B., y Eisenstein, E. (2015). La sexualidad en la Era Digital. *Adolescencia e Saude*, 12(2), 83-87.
- Fernández, B., Mariño, E. R., Ávalos, M. M., y Baró, V. G. (2013). Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". *Revista cubana de medicina general integral*, 29(1), 3-7.
- Gálvez, F., Rodríguez, B. A., Lugones, M., y Altunaga, M. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 43(3), 15-27.
- Goffman, E. (1963). *Stigma Englewood Cliffs*. NJ: Spectrum.
- González, E., Molina, T., y Luttgés, C. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(1), 24-32.
- González, J. C. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de salud pública*, 11, 14-26.
- González, M. I. (2015). *Mejorando las habilidades en... Consejo contraceptivo en el adolescente: cuándo, dónde y cómo*.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Gordon M. (2003). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Madrid, España: Elsevier.
- Hall, K. S., Manu, A., Morhe, E., Dalton, V. K., Challa, S., Loll, D., ... y Harris, L. H. (2018). Bad girl and unmet family planning need among Sub-Saharan African adolescents: the role of sexual and reproductive health stigma. *Qualitative Research in Medicine & Healthcare*, 2(1).
- Haro, K. D., Toledo, K., Fonseca, Y., Arenas, D., Arenas, H., & Leonher, K. (2015). Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 988-991.
- Herdman, T.H. (2013). *NANDA Internacional: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona, España.
- Hernando, C., Ortiz-Barreda, G., Galán, J. C., Sabidó, M., y Casabona, J. (2014). Infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España: revisión bibliográfica. *Revista española de salud pública*, 88, 763-781.
- Ibiapina, L. G., Nery, I. S., da Rocha, S. S., Nogueira, L. T., de Araújo, A. K. L., y Santiago, A. K. C. (2016). Assistência de enfermagem às adolescentes gestantes sob a ótica de Callista Roy. *Enfermagem em Foco*, 7(3/4), 46-50.
- Icaza, L., & Del Carmen, M. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con embarazo 8 semanas de gestación con hiperémesis gravídica* (Bachelor's thesis). Babahoyo, UTB.
- Jiménez, M. J. R. (2014). Anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 362-365.
- Jiménez, V. M., Borrachero, A. B., Brígido, M., Melo, L. V., & Dávila, M. A. (2014). Las emociones en la enseñanza de las ciencias. Enseñanza de las ciencias. *Revista de investigación y experiencias didácticas*, 32(3), 11-36.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., García-Moya, I., y Rivera, F. (2018). Prevalence of emergency contraceptive pill use among Spanish adolescent girls and their family and psychological profiles. *BMC women's health*, 18(1), 67.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Larrañaga, I., Martín, U., y Bacigalupe, A. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 109-115.
- Libreros, L., Fuentes, L., y Pérez, A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(4).
- Lucero, A. Y. (2014). Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 463-472.
- Luces, A. M., Tizón, E., Porto, M., y Fernández, C. (2014). La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia. *Rompiendo estereotipos. Ene*, 8(2), 0-0.
- Martinez Morales, M. M. (2018). *Hiperemesis Gravídica En El Hospital San José De Chincha*.
- Martínez, M. P. A., de Juanes, J. R., y de Codes, A. G. (2015). Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España. Impacto de los programas de vacunación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 33(1), 58-65.
- Masiá, M. G., Masiá, M. G., García-Jiménez, E., y López, A. M. (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Pediatría Atención Primaria*, 10(39), 49-58.
- Mejía, M. C. A. (2015). *Análisis epidemiológico de la situación de la gonorrea en España: Sistemas de información* (Doctoral dissertation). Universidad Rey Juan Carlos.
- Mendoza, L. A., Claros, D. I., y Peñaranda, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253.
- Mirabal, G., Martínez, M. M., y Pérez, D. (2002). Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de enfermería*, 18(3), 175-183.
- Molina, A. B., y Tejada, A. J. R. (2018). Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. *Revista internacional de andrología*, 16(1), 8-14.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Montoro, Á. J. G. (2018). El Estatuto Constitucional del no nacido: evolución y situación actual en España//The constitutional status of the unborn: evolution and current situation in Spain. *Revista de Derecho Político*, 1(102), 47-78.
- Mora-Cancino, A. M., y Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(05), 294-301.
- Moras, M. M. (2015). *Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-enero 2015*.
- Moreno-Pérez, D., García, F. J. Á., Aldeán, J. Á., Ortega, M. J. C., Sánchez, M. G., Sánchez, N. G., ... y Ruiz-Contreras, J. (2018). Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP): recomendaciones 2018. *In Anales de Pediatría*, 88(1), 53-e1. Elsevier Doyma.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M., y Swanson, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Madrid, España: Elsevier.
- Munain, J. L. (2019). Epidemiología y control actual de las infecciones de transmisión sexual. Papel de las unidades de ITS. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(1), 45-49.
- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., & Galán González Serna, J. M. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, 23(3), 153-156.
- Muñoz, L. S., & Quesada, N.V. (2011). Manejo de la hiperemesis gravídica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 68(599), 441 – 445.
- Murillo, F. H., Colomer, F. D., Revuelta, J. C., Ernst, E. P., Guerrero, A. S., Vicente, S. S., y Llorca, J. C. (2014). Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde atención primaria. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 62-78.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Osorio, A., Lopez-del Burgo, C., Ruiz-Canela, M., Carlos, S., y de Irala, J. (2015). Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- from three developing countries: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(4), e007826.
- Peláez, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1).
- Pérez, R. D. C., y Morales, A. (2015). Prevención del embarazo en adolescentes, un reto para la enfermería comunitaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(2), 0-0.
- Pesut, D., y Herman, J. (1999) *Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking*. Nueva York: Delmar publishers.
- Pinilla, E., Domínguez, C. C., y García, A. (2014). Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*, 13(33), 59-70.
- Pizarro, A. P., Del, C. A. G., Rodríguez, F. S., Negro, M. R., y Del, A. R. U. (2016). Prevalence of undiagnosed human immunodeficiency virus infection in an emergency department and the characteristics of newly diagnosed patients. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 28(5), 313-319.
- Polanco, M. D. G. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *RqR Enfermería Comunitaria*, 2(2), 38-61.
- Prados, F., Cuevas, I., Vidal, E., de Andrés, M., Hernández, J., Zamora, S., ... y Buxaderas, R. (2017). Registro de inseminación artificial de la Sociedad Española de Fertilidad de los años 2012 y 2013. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 4(3), 136-142.
- Ramakuela, N. J., Lebese, T. R., Maputle, S. M., y Mulaudzi, L. (2016). Views of teenagers on termination of pregnancy at Muyexe high school in Mopani District, Limpopo Province, South Africa. *African journal of primary health care & family medicine*, 8(2).
- Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán de Miguelsanz, J. M., y Carbajosa, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 127-136.
- Ruiz, L. M., & Graupera, J. L. (2005). Dimensión subjetiva de la toma de decisiones en el deporte: desarrollo y validación del cuestionario CETD de estilo de decisión en el deporte. Motricidad. *European Journal of Human Movement*, 14.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- Sagaró, N. M., Gómez, M., Moraga, A., y García, Y. (2014). Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. *MediSan*, 18(8), 1107-1112.
- Sánchez-Meneses, M. C., Dávila-Mendoza, R., y Ponce-Rosas, E. R. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35-38.
- Seguí, A. G., y Sarrías, J. Á. N. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española. *Terapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud*, (9), 75-96.
- Silva, C. (2006). Hiperemesis gravídica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 66(3), 178 – 186.
- Simón, T. Y., y Aznar, C. T. (2015). ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(3), 118-124.
- Soriano-Ayala, E., González-Jiménez, A. J., y Soriano-Ferrer, M. (2014). Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto: Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. *Perfiles educativos*, 36(144), 105-119.
- Soto, J. L. (2018). Estudio del estado nutricional de la población de la zona de Pasankeri en la ciudad de La Paz, aplicando tecnología móvil. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 111-130.
- Supe, E. C. (2015). Intervención del profesional de enfermería en adolescentes de 15 a 18 años de edad y su relación con el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en la unidad educativa Picaihua (Bachelor's thesis). Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Enfermería.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., y Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 46(2), 127-136.
- Velo-Higueras, C., Cuéllar-Flores, I., Sainz-Costa, T., Navarro-Gómez, M. L., García-Navarro, C., Fernández-McPhee, C., ... y Valencia-Ortega, E.

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

- (2018). Jóvenes y VIH. Conocimiento y conductas de riesgo de un grupo residente en España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.
- Wijers, I. G., Sánchez, A., y Taveira, J. A. (2017). Estudio espacial de la sífilis infecciosa y la infección gonocócica en un servicio de salud pública de área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 91, e201706033.
- Yago, T. S., y Tomás, C. A. (2014). Sociodemographic and clinical data predicting unplanned pregnancy in young 13 to 24 years, Spain. *Revista española de salud pública*, 88(3), 395-406.

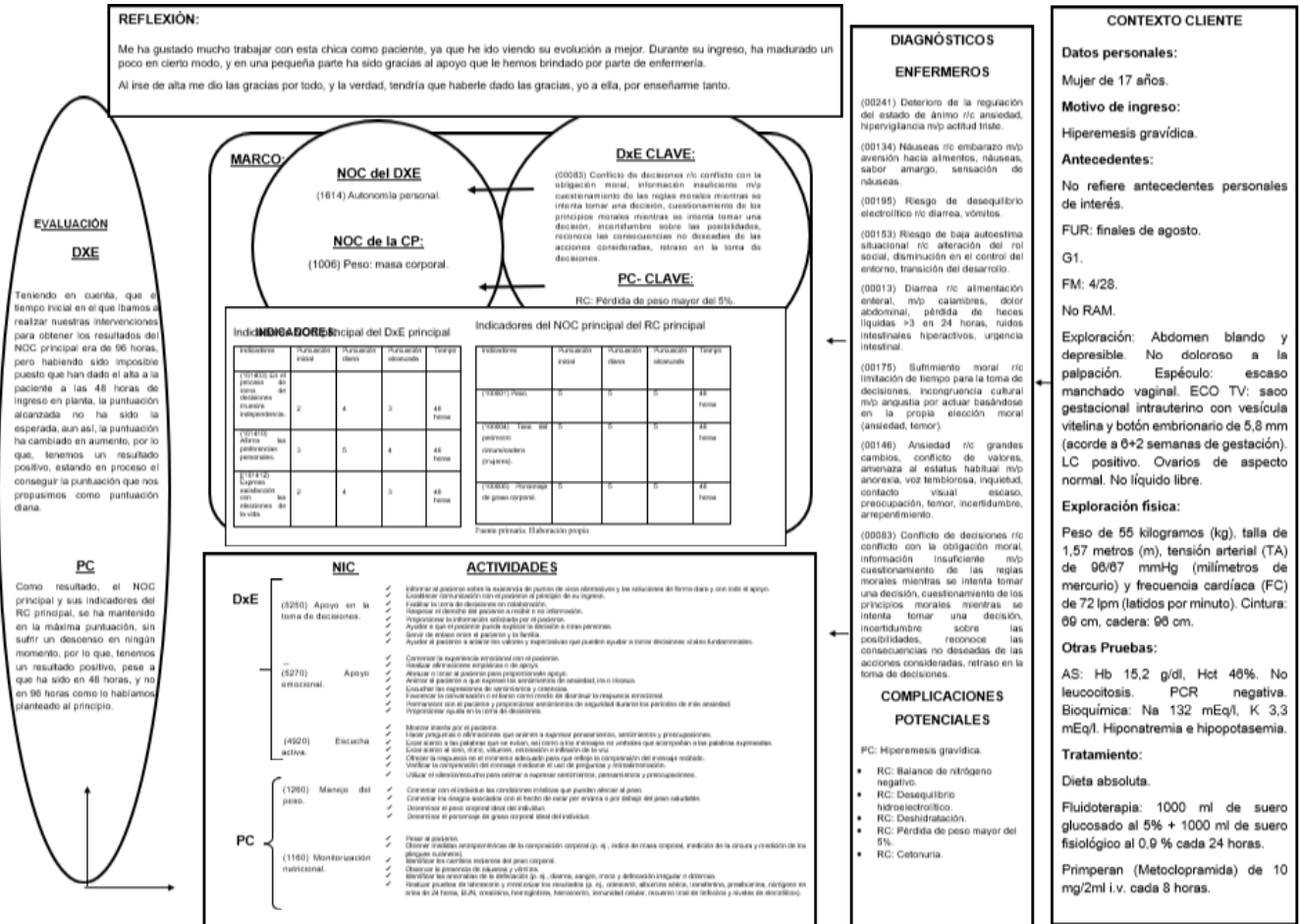
“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”



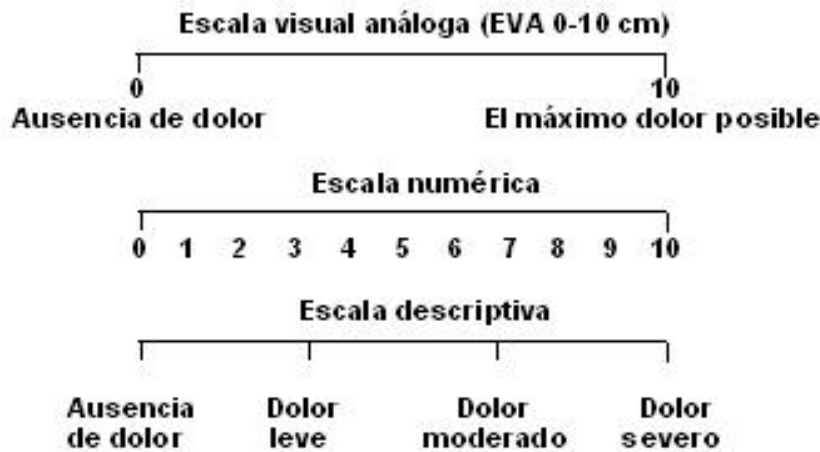
“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

9 ANEXOS

9.1 Anexo I: Modelo Área Bifocal



9.2 Anexo II: Escala EVA

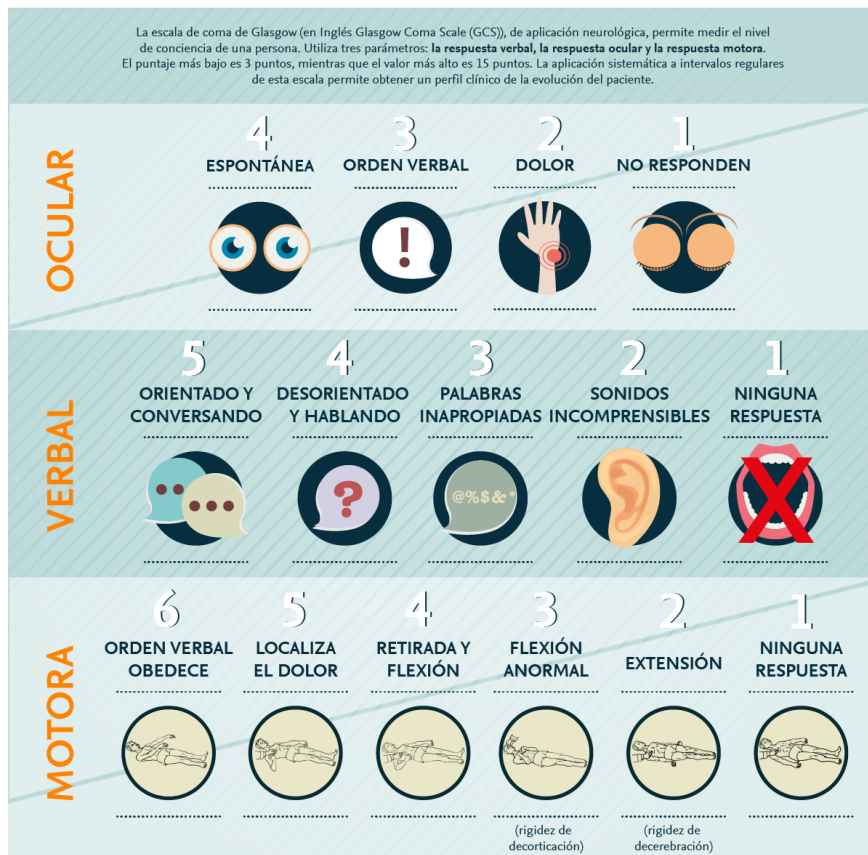


“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”

### 9.3 Anexo III: Escala Glasgow

**LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):**  
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER



### 9.4 Anexo IV: IMC

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”



### 9.5 Anexo V: Índice cintura-cadera

		RIESGO			
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
<b>HOMBRES</b>	EDAD				
	20-29	<0,83	0,83-0,88	0,89-0,94	>0,94
	30-39	<0,84	0,84-0,91	0,92-0,96	>0,96
	40-49	<0,88	0,88-0,95	0,96-1	>1
	50-59	<0,9	0,9-0,96	0,97-1,02	>1,02
60-69	<0,91	0,91-0,98	0,99-1,03	>1,03	
		RIESGO			
		BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
<b>MUJERES</b>	EDAD				
	20-29	<0,71	0,71-0,77	0,78-0,82	>0,82
	30-39	<0,72	0,72-0,78	0,79-0,84	>0,84
	40-49	<0,73	0,73-0,79	0,8-0,87	>0,87
	50-59	<0,74	0,74-0,81	0,82-0,88	>0,88
60-69	<0,76	0,76-0,83	0,84-0,9	>0,9	

### 9.6 Anexo VI: Porcentaje de grasa corporal

Fórmula de Deurenberg: Dato: sexo (masculino=1, femenino=0)

GC (grasa corporal) = 1,2 x IMC + 0,23 x edad (en años) - 10,8 x sexo -5,4

Clasificación y rangos del			
<b>PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL</b>			EN MUJERES
CLASIFICACIÓN	20-39 AÑOS	40-59 AÑOS	60-79 AÑOS
 <b>BAJO EN GRASA</b>	< 21%	< 23%	< 24%
<b>SALUDABLE</b>	21 – 33%	23 – 35%	24 – 36%
<b>SOBREPESO</b>	33 – 39%	35 – 40%	36 – 42%
 <b>OBESIDAD</b>	> 39%	> 40%	> 42%

“Embarazo adolescente: a propósito de un caso.”