



18
209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

T E S I S

**COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DURANTE
EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y PARTO
EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD
DE GRACIANO SANCHEZ. SAN LUIS POTOSI.**

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A :
CHAVEZ MONDRAGON LOURDES IVETH**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MA. CRISTINA MUGGENBURG R. V.

MEXICO,

NOVIEMBRE 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ. SAN LUIS POTOSI.

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

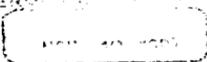
CHAVEZ MONDRAGON LOURDES IVETH

DIRECTORA DE TESIS


LIC. MA. CRISTINA MUGGENBURG R. V.

MEXICO, NOVIEMBRE 1997.

**U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**


**COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIALES Y OPINIONES
TERMINALES DE REGISTRO**

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por permitirme llegar hasta aquí.

A mis padres, Javier Chávez Espinosa y Concepción Mondragón Huitrón; por darme la vida, el amor, el apoyo y la confianza necesaria para seguir adelante.

A mis abuelos: Felipa Huitrón, Eduardo Mondragón, Ana Maria Espinosa y Carlos Chávez (+) por resguardarme de todo lo malo y luchar conmigo cuando los necesitaba.

A mis hermanos: Ana Lilia, Gabriela, Berenice, Fernando y Jorge por su cariño, confianza y respeto a mi carácter y mi carrera.

A mis sobrinos: Gaby, Paola y Joan por ser parte importante en mi vida y un estímulo para seguir adelante.

A Luis que me dio la fuerza necesaria ayudandome cuando lo necesite y aún cuando lo necesito.

Este triunfo es nuestro y agradezco a todos en conjunto el haber puesto su granito de arena , y a aquellos que no estando conmigo físicamente siguen presentes en mi mente.

AGRADECIMIENTOS

- A mi asesor Cristina Muggenburg por conducirme y brindarme su tiempo y amistad para el logro de este sueño.
- Al Dr. Noyola y Dr. Alamilla por darme la orientación para lograr mi idea.
- A Enrique Chávez, Matilde Chávez, Oscar Chávez, Guadalupe Santelices, Esteban Camacho, Gerardo Camacho e Ing. Jesús por su ayuda desinteresada y apoyo en todo momento para lograr este proyecto.
- A mis queridos amigos: Claudia, Julian, Gerardo, Enrique, Luis, Paco, Ale Bracamontes, Ale Miranda, Abigail Mares, Cacho, Fabiola, Ericka A., Maria L., Sandra, Laura y aquellos con los que compartí y sigo compartiendo bellos momentos.
- A los miembros del H. Jurado:
Lic. Blanca Ponce.
Lic. Araceli Diosdada
- A todos los maestros que me han apoyado durante mi carrera: Cristina, Araceli, Carmen, Isabel, Soledad, Gabriel, Carlos Fuentes, Carlos, Norberta, Carolina Solls y a mi querido amigo Saúl (+).
- A la Institución por haberme dado la oportunidad de mi formación.
- A los pacientes y Hospitales que permitieron mi realización profesional.

La enfermera es parte vital de un Hospital ya que brinda los cuidados necesarios para que el paciente salga adelante y hay que recordar que la mejor cura se da cuando la atención es desinteresada, cordial , con calidad y con calidez principalmente.

INDICE

	Pág.
I INTRODUCCION	
II PROBLEMA	3
III MARCO DE REFERENCIA	4
1 DEFINICION DE ADOLESCENCIA	
1.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS	
1.2 ASPECTOS BIOLOGICOS	5
1.3 ASPECTOS SOCIO CULTURALES	6
2 DEFINICION DE EMBARAZO	7
2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	
3 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	8
3.1 PREECLAMPSIA	
3.2 INFECCION DE VIAS URINARIAS Y CERVICO VAGINAL	10
3.3 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	12
3.4 DESPROPORCION CEFALO PELVICA	
3.5 ABORTO	13
3.6 CONDILOMATOSIS	14
3.7 VIH	
3.8 SIFILIS	16
4 VIAS DE RESOLUCION DEL EMBARAZO	17
4.1 PARTO	
4.2 CESAREA	18
5 COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO	19

5.1 HIPOTROFIA	
5.2 PREMATUREZ	
6 METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	20
7 PAPEL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DURANTE EL EMBARAZO	21
7.1 PAPEL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DURANTE EL PARTO	22
7.2 PAPEL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DURANTE EL PUERPERIO	
8 ANTECEDENTES	23
IV JUSTIFICACION	25
V OBJETIVOS	26
VI METODOLOGIA	27
VII DESCRIPCION DE RESULTADOS	30
VIII ANALISIS	32
IX CONCLUSIONES	35
X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
XI BIBLIOGRAFIA	41
XII ANEXOS	44

Este trabajo se constituye de 12 capítulos en los cuales se abordan aspectos conceptuales que contextualizan este estudio, aspectos metodológicos que sustentan resultados, la descripción y análisis de resultados y las conclusiones obtenidas como producto de la investigación.

I INTRODUCCION

En las últimas décadas se ha observado en diversos países, sobre todo en aquellos en vías de desarrollo, una elevada incidencia del embarazo en edades aun no propicias para ello; como lo sería el caso de las adolescentes

En 1987 el 11.5% de la población se encontraba entre los 15 y 19 años de edad. Proviendo el 12.1% de recién nacidos vivos de madres de este grupo de edad. Siendo un grave problema de salud en México, sin que por ello nuestra comunidad de Soledad de Graciano Sánchez escape a esta situación

El nivel socioeconómico y cultural no permite que la adolescente adopte la responsabilidad del inicio de vida sexual creando una confusión en ellos sin haber tenido una preparación previa, ya que la falta de comunicación por parte de la familia hace esta ignorancia aun mayor, creyendo que el inicio de vida sexual resolverá sus problemas, y otras muchas generando esta acción como ingreso económico, ya que el índice de prostitucion en este municipio es mayor. Así tambien falta de cuidados hacia el recién nacido o el maltrato fisico utilizado por falta de atención de los padres (generalmente adolescentes), viendo a su paternidad como un problema para su adaptacion a la sociedad

Durante el embarazo, aun llevando un buen control prenatal se puede presentar diferentes complicaciones en la mujer adolescente embarazada; ya que no se tiene una orientacion previa.

Por tal motivo surgió el interés por la realizacion de esta investigación para la creación de programas realizados por Licenciados en Enfermería y Obstetricia, buscando la prevención de estas complicaciones.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Centro de Salud del Municipio de Soledad de Graciano Sánchez en San Luis Potosí, se ha observado que el índice de embarazos en adolescentes ha ido aumentando, siendo de mayor importancia que durante esta etapa aún llevando un control prenatal se presentan complicaciones frecuentes como serían: Preeclampsia, infecciones de vías urinarias, cervico-vaginales, de transmisión sexual; desproporción cefalo- pélvica y rotura prematura de membranas, habiendo por estas complicaciones la posibilidad de resolver el embarazo por dos vías (vaginal o abdominal) inclinándose a obtener productos con alguna alteración como serían, hipotrofia, prematuraz, siendo por esto importante saber **¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en el grupo de estudio?**

III MARCO DE REFERENCIA

I. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de transición (crecimiento y desarrollo), en donde el individuo ha de realizar nuevas adaptaciones físicas, psicológicas y sociales que distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto, siendo el lapso comprendido desde los 12 ó 13 años hasta los primeros de la tercera década, afirmandose como seres humanos distintos entre sí y dejando la dependencia a un lado para dar paso a la autonomía (1,2,3)

1.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS

Se decía que la adolescencia era un período de tormenta y tensión, lo que ocasionaba temor, sin embargo a través de la investigación médica observaron que los cambios glandulares son responsables de los cambios físicos, violencia y tensión del sujeto estos se vuelven irritables, ardientes, apasionados, esperanzados y existe un acrecentamiento del yo, hay una confusión, sentimientos de inseguridad y actitudes de oposición, los cuales desbaratan el funcionamiento normal

Se habla de una emotividad intensificada refiriéndose al estado emocional por encima de lo normal para una determinada persona

La mayoría de los investigadores concuerdan en que la adolescencia es un período de emotividad intensificada. El adolescente trata de encubrir sus sentimientos, lo que hace que se sienta deprimido

Cuanto más se preocupa el adolescente, más entra en un estado de ansiedad que se manifiesta a través de la infelicidad, desasosiego, depresión inexplicable, cambios de humor e insatisfacción consigo mismo. Las frustraciones se dan principalmente al no cubrir sus propias expectativas, como carencia de atractivo, dinero insuficiente, rasgos de la

personalidad que intervienen en la adaptación social. Este tipo de frustraciones se acompaña de cierto grado de ira, los celos durante la adolescencia aparecen por una falta de seguridad o temor de su posición en un determinado grupo y la falta de comunicación se acentúa si vive en un medio de factores predisponentes a la confusión, ira y frustración, como lo son los conflictos familiares, los castigos, críticas, autoritarismo y carencia de exteriorización de afecto paternal.

Los factores del medio externo afectan la personalidad del individuo, las prohibiciones hacen más favorables actitudes desfavorables al igual que los medios de comunicación, como televisión, radio y lecturas obscenas o pornografía.

La etapa de adolescencia es una lucha de adaptación, donde si se sabe conducir y manejar los estados de ánimo, logrará superarla con éxito o en su contraparte formará parte de la delincuencia o de los matrimonios a edad muy temprana (4,5).

1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS

La adolescencia es acompañada de la pubertad, donde se resuelve el tránsito de la niñez al estado adulto, hacia los 13 años de edad se presenta en la mujer el primer flujo menstrual, sucediendo en su organismo cambios muy importantes. Por una acción encefalohipofisarioovárica compleja, aumentan las gonadotropinas hipofisarias, estimulando a las gónadas y determinando el desarrollo ovárico, que evoluciona disminuyendo el número de folículos por atresia y alcanzando, por fin, uno de ellos, la maduración con expulsión del óvulo y formación del cuerpo amarillo. Las trompas se hacen menos finas, el útero crece, la vagina se alarga y ensancha, la vulva se agranda y se cubre de vello púbico, los pequeños y grandes labios se engrosan.

Se observa paulatinamente un incremento en talla y peso, las mamas crecen adoptando una forma cónica, con aréola y pezones pequeños y salientes. En las axilas aparece vello,

aumentando la transpiración de las mismas, existe un ensanchamiento de hombros e incremento de amplitud y redondez en las caderas, quedando limitada la cintura, hay una conformación definida de brazos y piernas principalmente al tejido adiposo, aparece vello sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y al borde del mentón, cambios en el color y textura de la piel y por último un cambio de voz que se torna de una voz aguda a otra grave.

No olvidemos que estos factores estarán dados por factores: genéticos, nutricionales, etc. (6,7).

1.3 ASPECTOS SOCIO-CULTURALES

Los niños deben recibir una educación sexual para ayudarles a alcanzar una vida con más plenitud personal y protegerles de la explotación, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En nuestra sociedad la procreación a edad temprana origina difíciles problemas personales y sociológicos.

La mayoría de los adolescentes, por el bombardeo de información recibida por la televisión, el radio, los artículos en revistas, libros y la presión social del grupo donde se socializan, así como la presión familiar y económica que viven, suelen caer como solución a sus problemas en una categoría de adolescencia sexualmente activa, donde el embarazo se atribuye a la ignorancia o desconocimiento de métodos anticonceptivos; perteneciendo a este grupo jovencitas con problemas familiares.

La lucha por querer obtener un lugar dentro de la sociedad genera que el adolescente al tratar de entrar a un grupo social asemeje la personalidad de estos. Es decir, si se encuentra dentro de un grupo sano y deportista, tratará de asemejar lo mismo pero si pertenece a un grupo delincuente y hostil, pertenecerá a estos a través de diferentes pruebas.

El cigarro, el alcohol, la vestimenta y las actitudes no son más que una combinación de la presión que vive un adolescente para ser reconocido dentro de la sociedad y buscar su propia personalidad (8, 9, 10).

2 DEFINICION DE EMBARAZO

Es un fenómeno natural que transcurre entre el primer día de la última menstruación y la fecha del parto llevando un feto en desarrollo dentro del cuerpo, pero es también una cosa seria que entraña dos grandes peligros: la negligencia y la ignorancia. Normalmente esta etapa dura 40 semanas ó 280 días (11,12,13).

2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es un problema que concierne principalmente a los pediatras; en donde la vigencia permanente se encuentra en zonas rurales de países como México

La adolescente que decide continuar su embarazo asume riesgos de complicaciones del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio. Así como cierto rechazo por la sociedad. Los factores de riesgo en estas mujeres dependen de la edad materna, estado de salud, condición socioeconómica y acceso a una buena asistencia prenatal.

La falta de información, los problemas familiares, educativos y la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos hacen que la mujer caiga en un estado no deseado, donde la confusión de la adolescencia se presencia en una forma más acentuada, ya que obligará a la adolescente y la someterá a un cambio brusco de adolescencia a adultez.

En la adolescente embarazada los requerimientos del organismo crecen con incrementos muy significativos aunados a las del ser en gestación, esta suma se modifica por diferentes razones: desnutrición previa, acentuada carga emocional por el embarazo en una persona inmadura, frecuente condición socioeconómica baja y peculiares patrones culturales.

La provisión de energía debe ser calculada en función a la talla y peso, evitando la posible pérdida de este o un aumento superior al 20% del peso previo al embarazo

Al sentir el rechazo social y a veces el de la pareja involucrada, la adolescente se tiene que hacer responsable de la resolución del problema, que en la mayoría de los casos puede ser el aborto, al cual por falta de ingresos económicos se lleva a cabo principalmente en clínicas clandestinas llegando a ocasionar la muerte

La maduración sexual más precoz, la presión de los compañeros en las escuelas secundarias y el énfasis comercial y cinematográfico en los placeres del sexo han conducido a la consecuencia previsible de que las relaciones sexuales se inicien antes (14,15)

3 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

3.1 PREECLAMPSIA

Es un padecimiento que puede presentarse desde la vigésima semana del embarazo en adelante; durante el parto o el puerperio.

No se sabe cual es la causa de esta por lo que es llamada la enfermedad de las teorías, se conocen factores predisponentes como: edad materna menor de 20 o mayor de 35 años, estado socioeconómico bajo, gestación múltiple, mola hidatidiforme, polihidramnios, mujeres con mayor volumen de tejido trofoblástico, preeclampsia o eclampsia en el embarazo anterior.

Algunas de las teorías de este padecimiento son:

- 1.- Sobredistensión uterina, aumento de la presión intraabdominal.
- 2.- Isquemia útero-placentaria, con liberación aminopresora.

3.- Alteración en la microcirculación placentaria, disminución de mono-amino-oxidasa, consecuentemente aumento de los vasopresores.

La sintomatología de esta patología se puede resumir principalmente en edema en miembros inferiores, superiores y cara, al levantarse por la mañana

Hipertensión, la cual puede ocurrir de manera súbita, considerandose el aumento de 15mm Hg en la presión diastólica o de 30mm Hg en la sistólica, por lo menos en dos registros con un mínimo de diferencia de seis horas entre uno y otro

Proteinuria: que nos indicara la presencia de 300mg O mas de proteínas en una colección de orina de 24 horas

Se puede tomar en cuenta "el aumento de peso mayor de 1 Kg a la semana, o el incremento particularmente súbito de peso durante 1 ó 2 días, planteando la sospecha de preeclampsia"(16)

Las complicaciones son la eclampsia, parto prematuro, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, etc.

El tratamiento se logra a base de reposo relativo en decúbito lateral izquierdo, dieta hiposódica e hiperproteica, control estricto de peso y talla, vigilar bienestar fetal, frecuencia cardiaca fetal, fondo uterino Y en etapas avanzadas hidralazina 30mg cada 8 horas por 3 días y en caso de continuar aumentar la dosis a 50mg Cada 8 horas, si se presenta la complicación de eclampsia, el tratamiento sería administración de diazepam o fenobarbital y la resolución del embarazo por vía abdominal (17)

3.2 INFECCION DE VIAS URINARIAS Y CERVICOVAGINAL

Las infecciones de vias urinarias son frecuentes durante el embarazo debido a los cambios anatomico fisiológicos.

Se pueden clasificar en clínicas o bacteriológicas

La sintomatología de infección alta se presenta a través de malestar general, fiebre, anorexia, náuseas y escalofrío; en vias urinarias bajas se presenta: disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico, tenesmo vesical y hematuria

El diagnóstico se realiza por medio de la sintomatología presente y de la realización de exámenes de orina buscando la alcalinidad del PH, leucocituria y piuria.

Si no se trata a tiempo la complicación puede ser: amenaza de parto prematuro, parto prematuro o infección cervico vaginal

El tratamiento preventivo se basa en la ingesta abundante de líquidos. Se iniciara tratamiento con nitrofurantoina 100mg Cada 6 horas por 10 días

Se solicitará examen general de orina al término del tratamiento y de ser negativo se realizara un examen cada 3 meses hasta el término del embarazo

Durante la gestación no sólo aumentan las secreciones vaginales fisiológicas, sino también las patológicas donde los bacilos de Doderlein se reportan disminuidos, dando paso a las bacterias patógenas

La vulvovaginitis monilásica se presenta frecuentemente en pacientes obstétricas, que es ocasionada por el hongo llamado Candida Albicans, el cual simula a la levadura y se encuentra en la tierra, vegetación y productos corrientes

La prevalencia se da en pacientes obesas, en aquellas que utilizan ropa interior apretada, no ventilada, utilización de pantiprotectores durante la amenorrea, higiene personal deficiente y aumento de los niveles de estrógenos. Los factores antes mencionados generan un ambiente húmedo y caliente haciendo mas favorable la prevalencia de este tipo de microorganismos

La sintomatología se basa en flujo lechoso, cremoso, que puede ser abundante o escaso, prurito, disuria, dispareunia y edema vulvar.

El diagnóstico es realizado por medio de la sintomatología y la prueba de Papanicolaou (toma de detección oportuna de cáncer cervico uterino)

El tratamiento recomendable es: abstinencia sexual, higiene personal, nistatina comprimidos vaginales 1 ó 2 veces al día por 15 días, clotrimazol comprimido vaginal 1 diario por 6 días o en crema 2 a 3 veces en 24 horas por 2 semanas. Miconazol crema vaginal 2 aplicaciones en 24 horas por 12 días.

La tricomoniasis es provocada por un protozoo llamado *Trichomonas vaginalis*. Moore y Simpson mencionan que el estrés emocional causa cambios fisiológicos en la pared vaginal que predisponen a las infecciones por tricomonas (18)

La prevalencia es en mujeres con nivel socioeconómico bajo, en la promiscuidad y en actos sexuales no protegidos

La sintomatología varía de acuerdo a la gravedad de la infección que puede ser prurito vulvo vaginal, inflamación, dispareunia, flujo maloliente (amarillo verdoso, seropurulento o espumoso).

Se diagnostica en base a la prueba de Papanicolaou (DOC Cu)

El tratamiento que se indica es: abstinencia sexual, Flagil comprimidos de 250mg tomar 1 cada 8 horas por 10 días. Flagil óvulos aplicar 1 diario por 10 días. Metronidazol oral de 250mg, tomar 1 cada 12 horas por 10 días. Metronidazol comprimidos vaginales aplicar 1 diario por 10 días. El tratamiento oral se le dará a la pareja, mientras el local es para la mujer (19, 20, 21)

3.3 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Esta se define como la salida de líquido amniótico con continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, traumatismos, multiparidad, insuficiencia del cuello uterino, procesos inflamatorios, sobredistensión de las membranas en caso de polihidramnios

La sintomatología es la salida de líquido o fuga sostenida del mismo, puede ser también en forma de goteo, el color y olor del líquido

El diagnóstico se realiza a través de la exploración vaginal, rechazando la presentación y pidiéndole a la paciente que tosa (Tarnier y Valsalva)

Se puede realizar por medio de la especuloscopia

Las complicaciones aunadas a esta patología son: prematuridad, prolapso de cordón umbilical, infección amniótica e infección prenatal entre otras.

El tratamiento se inicia después de 6 horas de evolución con penicilina 4 000 000 de unidades cada 6 horas. Gentamicina 80mg cada 8 horas ó Kanamicina 0.5g cada 12 horas por vía intramuscular.

Ante la certeza de rotura prematura de membranas la conducta obstétrica es la interrupción del embarazo. Inducto conducción del trabajo de parto durante 10 a 12 horas, cuando no hay respuesta, cesárea (22)

3.4 DESPROPORCION CEFALO PELVICA

Se refiere a la cabeza del producto, la cual es demasiado grande para pasar a través de la pelvis.

A veces se puede identificar la desproporción antes del inicio de trabajo de parto por medio de la pelvimetría; identificando promontorio, espinas ciáticas (romas), e índice de Lewis comparado con el peso probable del producto

En caso de no ser identificable se realiza una prueba de trabajo de parto en un período de 2 horas con esfuerzos voluntarios adecuados.

También puede realizarse la pelvimetría radiológica (23, 24)

3.5 ABORTO

Es la expulsión del producto antes de la semana 20 de gestación con un peso menor o igual a 500gr.; o puede ser la interrupción voluntaria del embarazo antes de que el feto sea viable

Desde 1970 el aborto es optativo para las adolescentes en E.U.A., sin embargo en México este procedimiento aún no es aceptado. A pesar de esto la adolescente tiene un porcentaje bajo de abortos en la semana 13 a 15 de gestación, y este porcentaje aumenta a la semana 16 ó más.

El aborto se puede clasificar en incompleto, inevitable, séptico, completo y en evolución o inminente.

Es inevitable cuando el cervix se encuentra dilatado, o las membranas están rotas, incompleto cuando algunos restos de la concepción han sido expulsados, séptico cuando a parte de la dilatación ya sea cualquier tipo de aborto se complica con una infección, completo cuando la expulsión del huevo ha sido completa y en evolución o inminente donde hay modificaciones cervicales irreversibles y hemorragia de origen endouterina

Se diagnostica a través de la observación de hemorragia o salida continua de líquido amniótico, así como del tejido placentario arrojado, también se puede determinar por medio de la titulación de gonadotropina coriónica

La sintomatología se basa en contractilidad uterina frecuente, salida de líquido amniótico, hemorragia igual o mayor a una menstruación, salida de restos placentarios, y en el caso de aborto séptico fiebre mayor a 37.8°C. y tal vez se presente una secreción mucopurulenta macroscópica.

Las complicaciones que se pueden presentar son principalmente observadas durante el procedimiento realizado: ruptura uterina, esterilidad, etc.

El tratamiento se basa en la preparación física y psicológica del paciente para enfrentar el duelo de pérdida y para someterse a la realización de legado uterino. Se aplica antibiótico para prevenir la infección (25, 26,27)

3.6 CONDILOMATOSIS

La condilomatosis es causada por el virus del Papiloma humano que se transmite por forma sexual; afectando a ambos integrantes de la pareja

Los factores de riesgo predisponente son nivel socioeconómico bajo promiscuidad, falta de protección durante la relación sexual, prostitución etc..

Este virus puede afectar cuello uterino, vagina, piel vulvar, perineo y región perineal

El tratamiento generalmente es interrupción del embarazo por vía abdominal y electrofulguración o extirparlas quirúrgicamente aplicando anestesia local

Las complicaciones pueden ser: la transmisión al producto por el canal de parto, ceguera y sordera entre otras (28)

3.7 VIH

Es una enfermedad mortal e infecciosa causada por el virus de la inmunodeficiencia afectando el sistema inmunológico, lo cual da lugar a la aparición de infecciones oportunistas de repetición de etiología diversa (bacterias, hongos, protozoos, parásitos y otros virus).

Los grupos de riesgo son: hombres homosexuales y bisexuales, hemofílicos y hemotransfundidos que han recibido sangre que no ha sido adecuadamente controlada para

VIII, drogadictos que utilizan droga por vía intravenosa, parejas heterosexuales, recién nacidos de madres cero positivas

En los factores de huésped se observan: el embarazo, ya que en esta etapa se reprime el sistema inmunológico. El estrés, la presión reprime el sistema inmunológico. La pobreza, hace que vendan su cuerpo para comer. La ignorancia, por falta de información para prevenirlo.

La transmisión se da por vía sexual, transfusiones consanguíneas y de madre a hijo por tres mecanismos: transplacentaria, contaminación en el canal de parto y a través de la lactancia materna.

La evolución de la infección se da en tres etapas:

1.- Período de incubación, con síntomas específicos semejantes a los de una gripe que dura entre 2 y 3 semanas, transcurriendo este tiempo se puede determinar el virus que desaparece a los tres meses, pero no los anticuerpos.

2.- Período de ventana con duración de 3 a 4 semanas, a su término el individuo se transforma en cero positivo.

3.- Período de 5 a 8 años durante el cual pueden evolucionar hacia:

- a) Desarrollo del SIDA, ocurre en 10-20% de los afectados aproximadamente, el 50% falleció en el tiempo mencionado.
- b) Desarrollo del complejo patológico desarrollado con el SIDA que ocurre en un 10-20% de los afectados.
- c) Persistencia de la cero positividad sin desarrollarse la enfermedad 70-75% de los casos.

La sintomatología es: pérdida de peso de más de 4.5Kg, fiebre inexplicable de 39°C. que dura de 3 a 5 días, diarrea por más de 15 días, recubrimiento de boca, vagina y recto de una secreción blanquecina, espesa y dolorosa, cansancio, debilidad, aparición continua de muchas enfermedades oportunistas, manchas violáceas inexplicables que no desaparecen, ganglios

linfáticos de tamaño de una nuez en cualquier parte del cuerpo, entre otros. El diagnóstico se hace a través de la prueba de ELISA y como prueba o test confortativo ELISA de segunda generación y WESTERN BLOT.

Las complicaciones en el embarazo son: parto prematuro, falta de incremento en el peso, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas

Las posibilidades de infección del feto son del 60%.

El tratamiento es de acuerdo a la sintomatología, no hay cura para el SIDA pero la Azitomidina alarga el periodo de supervivencia.

Durante el embarazo se debe llevar un buen control prenatal y hacer los estudios necesarios. BH, EGO, ELISA de control, etc.. Durante el nacimiento tomar las precauciones necesarias, así como durante el puerperio (29, 30).

3.8 SIFILIS

Esta es una enfermedad infecto contagiosa producida por el *treponema pallidum* que evoluciona en tres etapas:

Primaria: Representada por un chancre en el lugar de la inoculación (generalmente uno de los labios vulvares.

Secundaria: Se evidencia con una erupción

Terciaria: tras un periodo de latencia, se manifiesta en forma de lesiones tardías en piel, huesos, SNC y aparato cardiovascular.

La transmisión es sexual y al feto se transmite por vía transplacentaria.

Se diagnostica a través de la exploración física, se observa chancre (erosión superficial delimitada, rosada, redondeada, indura e indolora. El chancre involuciona entre las 3 y 6 semanas.

La sífilis secundaria 2 a 12 semanas después del chancro primario (erupciones cutáneas, maculares papulares, pustulosas, ampollares, etc.), afectan las palmas de las manos y de los pies.

Para el diagnóstico también se requiere de una serología: VDRL o RPR, los casos positivos deben confirmarse mediante otro tipo de pruebas (Test de Nelson o TPI, Test de anticuerpos)

El tratamiento antes de la semana 16 evita la sífilis congénita y después de la semana 16 se cura la infección, pero no evita sus estigmas congénitos.

En embarazo menor de 16 semanas se aplica penicilina G procaina 600 000 UI por 10 días, penicilina G benzatina 2 4 millones dosis única, 1 4 millones en cada nalga.

En embarazo mayor de 16 semanas penicilina G procaina 2 4 millones cada 2 días hasta lograr un total de 14 4 millones.

En alérgicos a penicilina aplicar 500mg de Eritromicina cada 6 horas por 15 días.

El seguimiento se basa en una serología mensual desde el final del tratamiento hasta el momento del parto (31, 32, 33)

4. VIAS DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

4.1 PARTO

Se define como la resolución del embarazo a través de la expulsión del producto por vía vaginal.

Puede ser eutócico: cuando no hay ningún factor que afecte la normalidad de este proceso.

distócico: cuando existe algún factor que afecte la normalidad del proceso y espontáneo cuando ocurre sin intervención o ayuda.

La evolución del parto se basa en tres periodos:

1.- Periodo de dilatación y borramiento, que inicia con la regulación de la contractilidad, modificando al cuello en su posición, consistencia y longitud que termina con la dilatación y borramiento completo del mismo.

2.- Periodo expulsivo: que inicia con la dilatación completa y termina con la salida del producto.

3.- Periodo placentario o de alumbramiento: inicia con la salida del producto y finaliza con la salida de la placenta y las membranas ovulares.

Este proceso esta contraindicado en pacientes con desproporción cefalo pélvica, cesárea previa con periodo intergenesico corto, desprendimiento prematuro de placenta, presentaciones y situaciones anormales del feto, ruptura uterina, distocias de contracción, herpes genital (34).

4.2 CESAREA

Se le denomina a la extracción del producto de la concepción por medio de intervención quirúrgica a través de la incisión abdominal uterina.

Se clasifica en cesárea clásica o corporal, segmentaria o transversal.

Las indicaciones son de dos tipos:

Absolutas

Desproporción cefalo pélvica
Placenta previa marginal
Desprendimiento prematuro de placenta
Presentaciones y situaciones anormales del feto
Inminencia de rotura uterina
Cesárea iterativa
Herpes genital

(35, 36).

Relativas

Cáncer cervico uterino
Toxemia y nefropatía crónica
Rotura prematura de membranas
Primigesta de edad avanzada
Presentación pélvica
Primigesta muy joven
Tumor Previo

5. COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO

5.1 HIPOTROFIA

Se le adjudica este término a todo recién nacido con peso corporal igual o menor a 2 500Kg. al momento de nacer

La hipotrofia puede ser condicionada por factores como tabaquismo durante el embarazo, alcoholismo y anemia severa. También se observan factores fetales que pueden ocasionar un producto prematuro o pretérmino (37).

5.2 PREMATUREZ

Se le llama al nacimiento de un producto menor a 37 semanas de gestación con peso menor de 2 500gr. (38)

Los factores que predisponen a este proceso son condiciones socioeconómicas, situación conyugal, malformaciones congénitas fetales, isoinmunización materno fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, polihidramnios, infección de vías urinarias, toxicomanías, tabaquismo y alcoholismo

Inicia con actividad uterina antes de la semana 37, presentando modificaciones cervicales

Puede acompañarse de rotura prematura de membranas

El tratamiento se basa en reposo absoluto y la utilización de medicamentos como: terbutalina, salbutamol e indometacina.

6. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Son aquellos que tienen como objetivo impedir el embarazo evitando la fecundación y planeando el tiempo en el que se quiera el embarazo

Actualmente los adolescentes inician vida sexual a edades tempranas, es por ello que se les debe orientar acerca de los diferentes tipos de metodos existentes para que ellos elijan el más conveniente.

Los diferentes tipos de metodos se clasifican en temporales y definitivos

Métodos temporales

Naturales	Hormonales	De Barrera	Químicos
Ritmo	Pastillas	Condón	Jaleas
Calendario	Inyecciones	DIU	Ovulos
Abstinencia			Espermaticidas

Métodos definitivos:

Salpingooclasia para la mujer y vasectomía para el hombre

Los métodos más recomendables para los adolescentes son el preservativo por el hombre aunado a los óvulos vaginales para la mujer, logrando un mayor porcentaje de éxito, además de que el preservativo previene el contagio de enfermedades de transmisión sexual (39, 40)

7. PAPEL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DURANTE EL EMBARAZO

Actualmente hay un creciente número de embarazos en adolescentes por lo que se debe dar mayor asistencia por parte de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Las adolescentes desean ser como sus compañeras, preocupándose mucho su aumento de peso y su aspecto; por lo que requieren de la asesoría otorgada por estos profesionales.

El papel que se debe desempeñar es el de salvar las barreras que hacen que el adolescente no recurra a nuestro sistema de salud, por lo que se les debe dar confianza.

La Licenciada debe valorar los signos de embarazo

- Valorar los efectos fisiológicos y psicológicos del embarazo
- Temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial
- Realizar examen vaginal (DOC)
- Vigilar el aumento de peso, frecuencia cardíaca fetal y aumento de fondo uterino.
- Vigilar su estado nutricional y aconsejarla de las necesidades nutricionales básicas.
- Brindar sistemas de apoyo emocional.
- Realizar planes para el cuidado prenatal
- Darle a conocer el programa de educación prenatal para que adquiera los conocimientos necesarios.
- Estimulará a la adolescente a que se sirva de las ofertas educativas.
- Vigilará la aparición de signos de alarma o alguna complicación.
- Apoyarla para que continúe con sus estudios (41)

7.1 PAPEL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DURANTE EL PARTO

- La Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe seguir el plan de cuidados para el preparto y parto, individualizando las necesidades de cada adolescente
- Preparar a la embarazada para el preparto y el parto
- Apoyarla y entenderla para el parto
- Proporcionar cuidados integrales estando presente durante todo el parto
- Ayudarlas con técnicas que faciliten comodidad y apoyo
- Proporcionar apoyo a la familia
- Valorar la vinculación afectiva prenatal o carencia
- Evaluar el preparto y parto en busca de complicaciones
- Atender partos de bajo riesgo
- Brindar la atención al recién nacido
- Facilitar la vinculación afectiva entre madre e hijo (42)

7.2 PAPEL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DURANTE EL PUERPERIO

- Proporcionar cuidados integrales
- Vigilar y valorar la aparición de complicaciones
- Apoyar y vincular afectivamente a la madre e hijo por medio de la lactancia materna
- Dar a conocer las ventajas y desventajas de la lactancia materna
- Brindarles información acerca de los cuidados al recién nacido
- Apoyarla en la deambulación e higiene personal

- Antes del alta en la Institución, discutir con la pareja formas seguras de prevenir el embarazo; dándole a conocer las diferentes clases de anticonceptivos, sus ventajas e inconvenientes.
- Dar a conocer el tiempo requerido de recuperación antes de un nuevo embarazo.
- Brindarles folletos que les permitan ampliar su conocimiento (43)

8 ANTECEDENTES

El embarazo en adolescentes es un tema muy importante que afecta a la sociedad; es por ello que varios investigadores han buscado la causa para realizar programas educativos; ellos han encontrado:

- "Las adolescentes de 15 a 19 años de edad representan casi la cuarta parte de la población nacional, y actualmente se registran 430 000 embarazos anuales en mujeres de esa edad "(44). Esto constituye un importante problema de salud, por el alto índice en mortalidad y los problemas sociales que genera.

- " En E.U.A. las mujeres de 15 a19 años de edad eran sexualmente activas, calculando así un 45.2%"(45).

En algunos países de Europa se ha identificado al embarazo como un problema social.

" En los adolescentes de la Ciudad de México, la vida sexual se inicia entre los 16 y 17 años en los hombres y 16 y 19 años en las mujeres "(46).

Los factores más intensamente asociados son biológicos: con la aparición de la pubertad. De oportunidad, con la conducta de citas. Influencias del grupo de compañeros. Expectativas personales y características familiares.

- La edad promedio de la primera unión de las mujeres fue a los 17.8 años. Siendo que en el 48.1% de las mujeres influyó el embarazo en la decisión de unirse.

- El 57.3% de las mujeres manifestaron que el primer embarazo no fue planeado o deseado. (47).

- Así, por ejemplo, según datos de la Encuesta Nacional Demográfica, en 1982 el 80.8% de las mujeres entre 15 y 19 años eran solteras, y el 19.2% estaban o habían estado unidas o casadas. (48).

- Una situación comprobada es que la frecuencia de las relaciones sexuales entre los adolescentes solteras va en aumento. (49).

El ámbito familiar ejerce una influencia considerable en el inicio de la actividad sexual, es así que las mujeres que inician actividad sexual a edad temprana y quedan embarazadas en la adolescencia, tienen la posibilidad de que sus hijas corran con la misma suerte.

- Las madres menores de 15 años tienen mayor peligro de presentar complicaciones durante el embarazo (toxemia, infección de vías urinarias, infección cérvico vaginal, hijos prematuros, hipotróficos, etc.) (50).

- La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento. (51)

- Con el propósito de disminuir esta problemática en 1986, el Hospital General Dr. Manuel Gea González creó el programa de Educación para la Salud Reproductiva y Sexual dirigido a la adolescente embarazada, tanto para la población rural, como para la urbana.

Un embarazo no ha de ser el precio que pague un adolescente para conocer los métodos anticonceptivos.

IV JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación se hace con el fin de verificar la incidencia de morbilidad en adolescentes embarazadas, y de promover programas que orienten sobre los cuidados necesarios de la adolescente embarazada bajo la responsabilidad de la Licenciada (o) en Enfermería y Obstetricia para la disminución de las complicaciones durante el embarazo y la prevención a través de la aplicación oportuna de métodos de planificación familiar.

Es importante mencionar que por la actitud de la adolescente y más en provincia como lo es San Luis Potosí, se requiere de mayor énfasis en la elaboración de dichos programas, ya que la situación socioeconómica, cultural y psicológica orilla a que la adolescente inicie más temprano su vida sexual y así mismo el embarazo. La Licenciada en Enfermería y Obstetricia puede y debe realizar estos programas para el mejoramiento del desarrollo de la adolescente y del recién nacido en este periodo.

V OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer la morbilidad que se presenta en el tercer trimestre en las adolescentes embarazadas que acude a control prenatal en CIMIPO- Gen del Municipio de Soledad de Graciano Sánchez, en el estado de San Luis Potosí.

ESPECIFICOS:

- Conocer la incidencia de adolescentes embarazadas en CIMIPO-Gen.
- Identificar y caracterizar a adolescentes embarazadas con control prenatal en CIMIPO-Gen.
- Conocer la vía de resolución del embarazo en la mujer adolescente en CIMIPO-Gen.
- Identificar las complicaciones más frecuentes durante la resolución de estos embarazos.
- Proponer intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones durante el embarazo en la mujer adolescente.

VI METODOLOGIA

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, retrospectivo, y transversal.

Población: 150 pacientes adolescentes que asistieron en alguna etapa del embarazo a CIMIPO-Gen del 01-Enero-1994 al 31-Abril-1997.

Muestra: 30 pacientes adolescentes que acudieron a control prenatal en CIMIPO-Gen del 01-Enero-1994 al 31-Abril-1997

Criterios de inclusión:

- Toda mujer de 13-19 años con embarazo único
- Cuyo control prenatal se efectuó en CIMIPO-Gen con expediente completo
- Con control prenatal en CIMIPO-Gen, referidas a 2° nivel y con contrarreferencia a 1° nivel.

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 13 años, mayores de 19 años 11 meses y sin embarazo
- Con control prenatal en otra Institución o con expediente incompleto
- Mujeres con embarazo múltiple.
- Mujeres con enfermedades crónico-degenerativas independientes del embarazo.

Variables:

Las variables son de dos tipos cualitativas y cuantitativas, siendo las siguientes:

Variables Cualitativas:

Estado Civil: soltera, casada, unión libre, divorciada. (nominal)

Educación: ninguno, primaria, secundaria, preparatoria (ordinal)

Nivel Socioeconómico: bajo, medio, alto. (ordinal)

Infecciones de vías urinarias: si, no. (nominal).

Infección cervico vaginal: si, no (nominal).

Desproporción céfalo-pélvica: si, no. (nominal)

Preclampsia: si, no. (nominal).

Rotura prematura de membranas: si, no. (nominal).

Enfermedades de transmisión sexual: si, no. (nominal).

Resolución del embarazo: parto eutócico, parto distócico, referida. (nominal).

Métodos de planificación familiar: ritmo, preservativo, H. orales, DIU, ninguno, vasectomía, salpingooclasia. (nominal).

Peso del producto: -2500 hipotrófico, 2500-3500 eutrófico, 3500 hipertrófico. (nominal).

VARIABLES CUANTITATIVAS:

Edad. (Continua).

Semanas de gestación. (Discontinua).

Gestas. (Discontinua).

Paras. (Discontinua).

Abortos. (Discontinua).

Inicio de vida sexual. (Continua).

Cesárea. (Discontinua).

Periodo intergenésico. (Continua).

Consultas. (Discontinua).

Apgar. (Discontinua).

Talla. (Continua).

Perímetro cefálico. (Continua).

Método de obtención de datos: Observacional indirecto.

Técnica: Observación de los expedientes de las 30 pacientes con control prenatal en el Centro de Salud CIMIPO-Gen en el Estado de San Luis Potosí. Los datos obtenidos serán recopilados en un formato diseñado especialmente con las variables seleccionadas para este estudio.

Instrumento:

Para el análisis de este instrumento lo dividiremos en cinco partes de información:

- 1° Antecedentes personales y socio - demográficos.
- 2° Antecedentes ginecoobstétricos.
- 3° Complicaciones del embarazo y resolución de este.
- 4° Consecuencias y resultados.
- 5° Métodos de planificación familiar.

Este formato se realizó especialmente para esta investigación, incluyendo las características seleccionadas para estudio y congruentes con los objetivos planeados (Anexos)

Recopilación de datos: Se realizó a través de los datos obtenidos de los expedientes se vaciaron en un formato especialmente diseñado, estos datos se organizaron y clasificaron, para obtener los cuadros que permiten la descripción de los resultados y consecuentemente el análisis de estos.

Los datos correspondientes a las variables cualitativas y cuantitativas se procesaran por medio de distribución de frecuencias y porcentajes

Estos resultados se esquematizaran a través de cuadros.

VII DESCRIPCION DE RESULTADOS

De las adolescentes embarazadas encuestadas en el Municipio de Soledad de Graciano Sánchez, en San Luis Potosí, encontramos que el 37% de ellas son casadas, el 30% solteras y el 33% viven en unión libre; el 54% han concluido la primaria, el 33% la secundaria, el 10% no tiene ningún estudio y el 3% continua en la preparatoria. De ellas el 50% pertenecen a un nivel socioeconómico bajo; mientras que el otro 50% pertenece a un nivel socioeconómico medio (Cuadro 1,2,3)

El 37% de las adolescentes tienen 18 años, el 20% 19 años, el 17% 16 años y 13% 15 años siendo el mismo porcentaje en 16 años. El 27% de ellas inicio su vida sexual a los 15 años y existe el mismo porcentaje a los 16 años, el 20% inicio a los 17 años, el 17% a los 14 años, el 6% a los 18 y el 3% a los 12 (Cuadro 4,5)

El 23 % de las adolescentes tuvieron 40 semanas de gestacion, el mismo porcentaje tuvo 38 semanas, el 17% 39 semanas, el 13% 38.5 semanas, el 7% se encontró en la semana 39.5 al igual que en la semana 37 y 37.5 y por último un 3% en la semana 41. El 67% curso su primer embarazo, el 30% su segundo embarazo y el 3% su tercer embarazo. El 94% de estas adolescentes se dedica al hogar, el 3% estudia y en el mismo porcentaje trabaja (Cuadro 6,7,8)

En mujeres que cursaban su segundo o tercer embarazo se observo que el 50% espero 1 a 2 años para volverse a embarazar, el 30% 1 año y el 10% de 2 a 3 años al igual que mas de 4 años (Cuadro 9)

El 27% de las adolescentes asistieron a 3 consultas prenatales, el 23% sólo a una, el 20% a 5 consultas, el 10% a 6, el 7% a 2 consultas, abarcando el mismo porcentaje para los que acudieron a 4 consultas mientras que el 3% acudieron a 7 consultas, así como a 10 consultas. De estas el 94% tuvo un parto eutocico, el 3% tuvo un parto distocico, y el último 3% se refirió de Institución (Cuadro 10,11)

Las complicaciones que se presentaron durante el embarazo ,fueron en un 50% sin ninguna complicación, el 27% presentaron infección de vías urinarias, el 17% infecciones cérvico vaginales, y en un 3% rotura prematura de membranas y en el mismo porcentaje amenaza de parto pretérmino.(Cuadro 12)

Al 60% de las adolescentes atendidas se les realizó episiotomía media, al 27% no se le realizó y al 13% se le realizó episiotomía media lateral. De estas el 83% no presentó ningún tipo de desgarro, el 10% tuvo desgarros de 1°, el 7% de 2°. (Cuadro 13,14)

El 77% de las adolescentes no aceptó ningún tipo de método, el 20% optó por el DIU y el 3% restantes por los hormonales orales (Cuadro 15)

Las calificaciones dadas a los recién nacidos des estas adolescentes fueron en un 74% Apgar de 8/9, el 10% de 7/9, y el 4% en cada uno de los siguientes rubros: 3/7, 5/8, 7/7 y 7/8. La talla adquirida por los recién nacidos fue en un 33% 50cm., en un 14% 51cm., en el 10% los rubros 49 y 52cm., en un 7% los rubros de 40,44 y 54cm. Respectivamente y en un 3% los rubros de 53,55 y 56cm. El perímetro cefálico de estos fue de 20% en 32, 33 y 35cm., el 17% en 34cm., el 7% en 31 y 31,5cm., el 6% en 34,5 y el 3% en 30cm. Y el peso encontrado fue en un 20% de 3000Kg, el 17% en 3 450Kg, el 10% en 2 600Kg y 2 800Kg, el 7% en 3 320Kg y 3 850Kg, el 4% en 2 000Kg y 2 675Kg y el 3% en 2 700Kg, 2 770Kg, 2 980Kg, 3 250Kg, 3 360Kg, 3 750Kg y 4 300 Kg. (Cuadro 16,17,18,19)

VIII ANALISIS

En las adolescentes embarazadas encuestadas en Soledad de Graciano Sánchez, encontramos que tanto la sociedad y los valores como la educación han influido en el estado civil de algunas de ellas, observando que el mayor porcentaje esta dentro de las casadas y las que viven en unión libre. El inicio de vida sexual de estas adolescentes fue en gran porcentaje entre los 15, 16 y 17 años

Recordemos que durante la adolescencia hay una búsqueda de si mismo y la presión escolar o la influencia de la problemática familiar tienden a que la mujer inicie su vida sexual tempranamente, sin embargo no todas las adolescentes que inician vida sexual quedan embarazadas, pero si encontramos que más del 50% no utiliza ningún método anticonceptivo, haciéndose más propensas al embarazo no deseado, es por ello que la mitad de estas adolescentes se encontraban embarazadas a los 18 y 19 años

El nivel socioeconómico que observamos fue equitativo en nivel socioeconómico bajo y medio, es importante saber que en el medio rural y más en niveles socioeconómicos bajos es donde se presenta esta problemática, aunado a la falta de educación escolar ya que más de la mitad de ellas tienen exclusivamente la primaria. Los cambios dados tanto fisiológica como físicamente se dan al final de la primaria y en el transcurso de la secundaria, y de acuerdo con Hurlock el inicio al libido, la ensañación y el despertar a una vida sexual diferente

El hecho de haber encontrado problemática para la comunicación con la adolescente es de gran importancia y este incrementa aún más si la adolescente se encuentra embarazada, ya que el rechazo por la sociedad y la responsabilidad que tienen al tomar la mejor solución, obligan a la adolescente a adquirir una madurez que no siempre se da, sin embargo esto provoca un

desequilibrio que no permite que la adolescente acuda continuamente a los Centros de Salud para impedir los riesgos que se puedan presentar en ella o en su bebé. Es por ello la importancia de la participación activa de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia buscando la comunicación y convicción de las adolescentes para que acudan tempranamente a su valoración y aunque en una tercera parte acudieron a 8 consultas, lo cual es significativo por el logro de un buen control prenatal también se observó porcentaje en las que acudieron solo a 2 consultas haciéndolas más propensas a alguna complicación

Se observó que ninguna de las adolescentes concluyó su embarazo antes de la semana 36, la mayoría de ellas lo concluyó en la semana 38 y 40. Es importante recalcar que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe dar la confianza necesaria durante la primer consulta y buscar la problemática persistente dándole solución para que la adolescente siga acudiendo. La atención oportuna impedirá que los embarazos se adelanten en gran proporción detectando las complicaciones más frecuentes, ya que en este caso fueron únicamente en la mitad de las adolescentes, encontrando infección de vías urinarias y cervico vaginal, lo que se puede atribuir a la disminución de estrógenos y aumento de progesterona durante el embarazo, lo que hace que persista un flujo fisiológico en el cual si no existen las medidas higiénicas adecuadas puede ser patológico y no tratadas a tiempo ocasionan complicaciones aun más severas e irreversibles.

La mayoría de las adolescentes encuestadas se encontraban entre los 18 y 19 años, dos terceras partes de esta adolescentes cursaban su primer embarazo y las demás cursaban ya su segundo o tercer embarazo, tomando en consideración la edad observamos que persiste una falta de información y educación para espaciar sus embarazos, no tomando en cuenta la importancia de la restauración de su aparato reproductor que debe esperar de 2 años en adelante y la importancia de

la atención que se le debe dar a su primer hijo. En provincia y más en un medio rural la mujer debe hacerse cargo de la familia y la casa, lo que pudimos comprobar por medio del alto porcentaje de adolescentes que se dedican al hogar sin tener ninguna otra ocupación y limitando una educación adecuada para adquirir la responsabilidad necesaria de su salud.

La resolución del embarazo de las adolescentes fue en su mayoría parto eutócico, mientras una pequeña parte fue referida o tuvo un parto distócico. En el caso del parto distócico se debió a problemas con el descenso del producto por lo que se tuvo que utilizar forceps, y en el caso de la referencia fue ocasionada por falta del médico de guardia que se responsabilizará de la situación. Es decir que la negligencia médica y la falta de confianza en la Licenciada en Enfermería y Obstetricia hacen que la adolescente corran un alto riesgo de morbi-mortalidad perinatal. De los partos atendidos se realizó episiotomía media en su mayoría, no teniendo desgarros en un alto porcentaje.

Las condiciones del recién nacidos reflejan la atención y cuidados de la madre durante el embarazo, de esto pudimos observar que en su mayoría los recién nacidos tuvieron una calificación (Apgar) de 8/9, talla de 50cm en mayor proporción y perímetro cefálico de 32, 33 y 35 cm. en promedio, con pesos mayores de 2 500 y sólo en un 4% de 2 000 no teniendo ninguna complicación.

IX CONCLUSIONES

La adolescencia es un periodo de cambio y adaptación que si no se lleva con cierto equilibrio ocasiona situaciones incómodas, la relación familiar, la educación y la sociedad siempre influirán en el comportamiento y actitudes de cada uno de nosotros, al terminar la primaria empiezan a surgir estos cambios que dan un nuevo despertar a la sexualidad que siendo mal enfocado caen en la satisfacción de sus necesidades sin responsabilidad y sin control ocasionando embarazos no deseados y así mismo uniones que conllevan a una inestabilidad familiar, si esto lo aunamos a que ya embarazadas no continúan sus estudios, continuaran embarazandose si no se les da la educación necesaria por parte del equipo de salud, el sistema escolar y la familia, seguirá creciendo la morbi-mortalidad perinatal, en las diferentes etapas del embarazo

De las 150 adolescentes embarazadas que acudieron para la resolución de su embarazo en el centro de salud CIMIPO-Gen se encontro que solo 30 de ellas habian tenido control prenatal, contemplando desde una a diez consultas

Dentro de estas 30 adolescentes encontramos complicaciones frecuentes en 15 de ellas, estas complicaciones fueron principalmente infecciones cervico vaginales e infecciones de vias urinarias, es en estos casos donde el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe participar activamente, ya que regularmente las adolescentes embarazadas tienden a no acudir tempranamente a su control prenatal y aún acudiendo no se someten a los tratamientos necesarios, es por ello que el Licenciado tiene un amplio campo de trabajo, comunicándose con el adolescente y haciéndole ver la importancia de su salud y la de su hijo, dándole un seguimiento en caso de que esta deje de acudir a su consulta prenatal.

Es a la vez muy importante conocer el campo donde estamos trabajando y dar no solo orientación en el Hospital o los centros de Salud, si no también en las escuelas primarias y secundarias con información verídica y actualizada, educando a estos adolescentes a tener una mayor responsabilidad de sus actos y de su propia salud, la orientación tiene y debe ser brindada por una persona preparada que maneje adecuadamente el tema y no por personal que carece de esta información que es el que al final en lugar de beneficiar perjudica mas el conocimiento de estos adolescentes.

X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- GRINDER, Robert. *Adolescencia*. Ed Limusa México 1994 p. 17
- 2.- COLEMAN, John. *Psicología de la adolescencia*. Ed Morata Madrid 1985 p.25
- 3.- HURLOCK, Elizabeth. *Psicología de la adolescencia*. De Paidós México 1994. p. 15.
- 4.- Idem. p. 84-111
- 5.- PLENIO, E. Sisto. *Manual Práctico de Ginecología*. De Panamericana Argentina 1974. p. 117-120
- 6.- HURLOCK. Op Cit p. 61.
- 7.- PLENIO. Op Cit. p. 117-1120.
- 8.- COMMITTEE ON CHILDREN WITH DESABILITES. *Educacion sexual Pediatrics* Vol 41. No. 2. Ed. Doyma Febrero 1996. p. 121-124.
- 9.- HURLOCK. Op Cit. p. 466-478
- 10.- BURROW, Gerard. FERRIS, Thomas. *Complicaciones Médicas durante el Embarazo*. 4ª. Edición De Panamericana Argentina 1996 p. 590-599
- 11.- ROPER, Nancy. *Diccionario de Enfermería*. 16 edición. Ed Interamericana. México 1991 p. 129.
- 12.- PERNOLL, I. Martin. *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico*. Ed Manual Moderno. México 1993 p. 203.
- 13.- MARION, S. *Guía del Embarazo*. Ed. Litoarte. México 1987 p. 17
- 14.- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Nutrición de la Futura Madre y Evolución del Embarazo*. Ed Limusa México 1982 p. 155-179

- 15.- BURROW. Op Cit. p. 590-609.
- 16.- PERNOLL Op Cit p. 446.
- 17.- EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA. *El Cuidado Prenatal*. Ed. Prensa Médica Mexicana 4ª Edición México 1991. p. 57.
- 18.- CHARLES, David *Infecciones Perinatales y Obstétricas*. Ed. Salvat p. 209.
- 19.- EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA. Op Cit. p. 57.
- 20.- M., CARRERA. José *Protocolos de Obstetricia* 2ª Edición Ed. Salvat. Barcelona 1988. p. 253.
- 21.- ARESTEGUI, Mendoza Irma *Ginecoobstetricia Guías*. Ed. Manual Moderno. México 1992. p. 201-203
- 22.- Idem. p. 232-234
- 23.- R., H., Schwarz *Manual de Urgencias Obstétricas*. 2ª Edición Ed. Manual Moderno. México 1980. p. 2-4
- 24.- ANTOLOGIA DE LOS TEMAS DE OBSTETRICIA I *Alumnos del 7º semestre del grupo 1701 de la LEO*. Octubre 1995. p. 250.
- 25.- BURROW. Op Cit. p. 594-598
- 26.- M., CARRERA. Op Cit. p. 87.
- 27.- ARESTEGUI. Op Cit. p. 146-147
- 28.- ANTOLOGIA DE LOS TEMAS DE OBSTETRICIA I. Op Cit. p. 284.
- 29.- Idem. p. 77.
- 30.- M. CARRERA. Op Cit. p. 229

- 31.- *Idem.* p. 227.
- 32.- ANTOLOGIA DE LOS TEMAS DE OBSTETRICIA I *Op Cit.* p 284.
- 33.- UBIETTO, JJ. et al. Infecciones con repercusión fetal en la gestante. **Clinica e investigación en Ginecología y Obstetricia**, Febrero 1995 Vol. 22, No. 2 Ed. Doyma, p. 76.
- 34.- ARESTEGUI *Op Cit.* p 122-125
- 35.- *Idem.* p. 287
- 36.- ANTOLOGIA DE LOS TEMAS DE OBSTETRICIA I *Op Cit.* p 249-254
- 37.- ARESTEGUI *Op Cit.* p 229
- 38.- *Idem.* p 229-231
- 39.- COMMITTEE ON ADOLESCENCE Anticoncepción y Adolescentes. **American Academy of Pediatrics** Vol. 30 No. 1 1990 p 43-46.
- 40.- GARCIA, Julio et al. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. **Salud Pública de México** Julio- Agosto Vol. 4 No. 4. México 1992. p 413-415
- 41.- AUKAMP, Virginia. **Planes de Cuidados en Enfermería Materno Infantil** Ed. Doyma. España 1989. p. 139-141
- 42.- *Idem.* p 142-143
- 43.- *Idem.* p 144-145
- 44.- EHRENFELD-LENKIEWICZ. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. **Salud Pública de México**, Vol. 36, No. 2, Marzo-Abril 1994. P. 154.
- 45.- GARCIA, Julio. et al. Características Reproductivas de adolescentes en la Ciudad de México. **Salud Pública de México**, Vol. 35 No. 6 Noviembre-Diciembre 1993. p 682-694.

- 46.- *Idem*, p. 684.
- 47.- *Idem*, p. 687.
- 48.- *Idem*, p. 688.
- 49.- *Ibidem*, p. 688.
- 50.- *Idem* p. 690.
- 51.- EHRENFELD- LENKIEWICZ. *Op Cit.* p. 155.

XI BIBLIOGRAFIA

- **ANTOLOGIA DE LOS TEMAS DE OBSTETRICIA I** Alumnos del 7º semestre del grupo 1701 de la LEO. Octubre 1995. p 393.
- **ARESTEGUI, Mendoza, Irma.** Gineco Obstetricia Guías. Ed. Manual Moderno. México 1992. p.127-291.
- **AUKAMP, Virginia.** Planes de Cuidados en Enfermería Materno Infantil Ed. Doyma España 1989. p. 139-145.
- **BURROW, Gerard. FERRIS, Thomas.** Complicaciones Médicas durante el Embarazo. 4ª Edición. Ed. Panamericana. Argentina 1996. p. 627
- **CASANUEVA, Estier y cols.** Cambios en la composición corporal en el periodo perinatal en un grupo de adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana*. Ed. Instituto Nacional de Perinatología. Vol. 5. No. 1. Enero-Marzo. p. 28-31.
- **CHARLES, David.** Infecciones Perinatales y Obstétricas. Ed. Salvat. p. 209
- **COLEMAN, Jhon.** Psicología de la Adolescencia. 2ª Edición. Ed. Morata. Madrid 1985. p. 255.
- **COMITTEE ON ADOLESCENCE.** Anticoncepción y Adolescentes. *American Academy of Pediatrics*. Vol. 30. No. 1. 1990. p. 43-46.
- **COMITTEE ON CHILDREN WITH DESABILITES.** Educación Sexual. *Pediatrics*. Vol. 41. No. 2. Ed. Doyma. Febrero 1996. p. 121-124.
- **CONGER, John.** Adolescencia. Ed. Harla. México 1980. p. 128.
- **EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA: El Cuidado Prenatal.** Ed.

- Prensa Médica Mexicana. México 1991. p. 56-57.
- EHRENFELD, Lenkiewicz. Educación para la Salud Reproductiva y Sexual de la Adolescente Embarazada. *Salud Pública de México* Vol.36 No. 2. Marzo- Abril 1994. p. 154- 161.
 - ENCICLOPEDIA PARA LA INTEGRACION FAMILIAR Pubertad y Adolescencia. Ed. Thelma. Vol. 1. México 1987 p. 203-205
 - GALARZA, M. A. et al. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* Octubre 1995. Vol. 22 No.8 Ed. Doyma p. 350
 - GARCIA, Julio et al. Práctica Anticonceptiva en Adolescentes y Jóvenes del área Metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* Julio- Agosto Vol. 4. No.4. México 1992. p. 413-415.
 - GARCIA, Julio et al. Características Reproductivas de Adolescentes y Jóvenes en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. Noviembre- Diciembre 1993. Vol. 35. No. 6. p. 682-694
 - GELIS, Pilar y cols. Determinantes de la Evolución del Peso en el Posparto. *Perinatología y Reproducción Humana*. Ed. Instituto Nacional de Perinatología Vol 7 No. 1. Enero- Marzo. p. 15-18.
 - GRINDER, Robert. *Adolescencia*. Ed. Limusa México 1992. p.17
 - HURLOCK, Elizabeth. *Psicología de la adolescencia*. Ed. Paidós México 1994. p.15, 61, 466-478.
 - M. Carrera, José. *Protocolos de Obstetricia*. Ed. Salvat. 2ª. Edición. Barcelona 1988. p.87, 227-253.
 - MARION, S. *Guía del Embarazo*. Ed. Litoarte. México 1987. p. 17.
 - MONDRAGON, Héctor. *Obstetricia Básica Ilustrada*. Ed. Trillas. México 1995. p. 822.

- NATIONAL ACADEMY OF SCIENCE. **Nutrición de la Futura Madre y Evolución del Embarazo**. Ed. Limusa. México 1982. p. 155-179.
- PERNOLL, L. Martin. **Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico**. Ed. Manual Moderno. México 1993. p. 203.
- PLENIO, E. Sisto. **Manual Práctico de Ginecología**. Ed. Panamericana. Argentina 1974. p. 17-20.
- ORTIGOSA, Eduardo y cols. **Comportamiento Sexual en Adolescentes de nivel de Educación Técnico Profesional. Perinatología y Reproducción Humana**. Ed. Instituto Nacional de Perinatología. Vol. 5. No. 3. Julio- Septiembre 1991. p. 129-133.
- ORTIGOSA, Eduardo y cols. **Perfil Socioeconómico y Educación sobre Reproducción en Adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana**. Ed. Instituto Nacional de Perinatología. Vol. 6. No. 2. Abril- Junio 1992. p. 70-76.
- R., H., Schwarz. **Manual de Urgencias Obstétricas 2ª Edición**. Ed. Manual Moderno. México 1980. p. 2-4
- ROPER, Nancy. **Diccionario de Enfermería 16ª Edición**. Ed. Interamericana México 1991 p.129.
- UBBIETO JJ. et. al. **Infecciones con repercusión fetal en la gestante. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia**. Febrero 1995. Vol. 22. No. 2. Ed. Doyna. p. 76
- WEISS, Susan. et al. **Perinatología y Reproducción Humana**. Ed. Instituto Nacional de Perinatología. Vol. 3. No. 3. Julio- Septiembre. 1982. p.152.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____ **EDO CIVIL** C S D U.L.

ESCOLARIDAD: NINGUNO PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA

NIVEL SOCIOECONOMICO ALTO MEDIO BAJO **EDAD** _____

IVSA: _____ **FUM** _____ **FPP** _____ **SDG** _____

GESTAS: _____ **PARAS:** _____ **ABORTO:** _____ **CESAREAS:** _____

PERIODO INTERGENESICO: -1a 1-2a 2-3a 3-4a +4'

OCUPACION: HOGAR ESTUDIO TRABAJO

CONSULTAS 1-3 3-6 7-10 NINGUNA

COMPLICACIONES:

IVU SI NO ¿En qué mes? _____

ICV SI NO „En qué mes? _____

E.T.S. SI NO „Cuál? _____

R.P.M. SI NO „En qué mes? _____

PREECLAMPSIA SI NO „En qué mes? _____

DCP SI NO

RESOLUCION DEL EMBARAZO PARTO ABORTO CESAREA

PESO DEL PRODUCTO : -2500 2500-3000 +3500

APGAR _____ **TALLA** _____ **PC** _____

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DESPUES DEL ULTIMO PARTO

DIU H. ORALES H. INYECTABLES PRESERVATIVO OVULO NINGUNO

CUADRO No. 1

Estado civil de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen en Soledad de Graciano Sánchez. San Luis Potosí 1994-1997

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	11	37
Soltera	9	30
Unión libre	10	33
Divorciada	0	0
Total	30	100

Fuente: Expedientes de CIMIPO- Gen Soledad de Graciano Sánchez. En S.L.P

CUADRO No. 2

Escolaridad de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen Soledad de Graciano Sánchez. San Luis Potosí 1994-1997

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	0
Primaria	16	54
Secundaria	10	33
Preparatoria	1	3
Total	30	100

Fuente: la misma.

CUADRO No 3

Nivel socio-económico de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen Soledad de Graciano Sánchez. San Luis Potosi 1994-1997

Nivel Socio económico	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0
Medio	15	50
Bajo	15	50
Total	30	100

Fuente: la misma

CUADRO No. 4

Edad de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen Soledad de Graciano Sánchez. San Luis Potosi 1994-1997

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 años	4	13
16 años	5	17
17 años	4	13
18 años	11	37
19 años	6	20
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 5

**Inicio de vida sexual de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de
Graciano Sánchez. San Luis Potosi 1994-1997**

Inicio de vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
12 años	1	3
14 años	5	17
15 años	8	27
16 años	8	27
17 años	6	20
18 años	2	6
Total	30	100

Fuente: La misma.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO No. 6

**Semanas de gestación de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen Soledad de
Graciano Sánchez. San Luis Potosí 1994-1997**

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
37 semanas	2	7
37.5 semanas	2	7
38 semanas	7	23
38.5 semanas	4	13
39 semanas	5	17
39.5 semanas	2	7
40 semanas	7	23
41 semanas	1	3
Total	30	100

Fuente: la misma.

CUADRO No. 7

Gestas de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano Sánchez.
San Luis Potosí 1994-1997.

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
I	20	67
II	9	30
III	1	3
Total	30	100

Fuente: la misma

CUADRO No. 8

Ocupación de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMPO-Gen Soledad de Graciano Sánchez.
San Luis Potosí 1994-1997

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	28	94
Obrera	1	3
Estudiante	1	3
Total	30	100

Fuente: La misma

CUADRO No. 9

Periodo intergenésico de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMPO-Gen Soledad de Graciano Sánchez.
San Luis Potosí 1994-1997

Período intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
-1 año	3	30
1-2 años	5	50
2-3 años	1	10
+ 4 años	1	10
Total	10	100

Fuente: La misma

NOTA: Se tomo solo en cuenta la población que cursaba a partir de su segundo embarazo.

CUADRO No. 10

Consultas de las adolescentes embarazadas encuestadas en Cimipo-Gen. Soledad de Graciano
Sánchez. San Luis Potosí 1994-1997

Consultas	Frecuencia	Porcentaje
1	7	23
2	2	7
3	8	27
4	2	7
5	6	20
6	3	10
7	1	3
10	1	3
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 11

Resolución del embarazo de las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen Soledad de Graciano Sánchez
San Luis Potosí 1994-1997

Resolución del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Parto eutócico	28	94
Parto distócico	1	3
Referida	1	3
Total	30	100

Fuente: la misma

CUADRO No. 12

Complicaciones frecuentes durante el embarazo en las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano Sánchez
San Luis Potosí 1994-1997.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	15	50
Infección de vías urinarias	8	27
Infección cervico vaginal	5	17
Rotura prematura de membranas	1	3
Amenaza de parto pretérmino	1	3
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 13

Episiotomía realizada a las adolescentes encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano Sánchez.
San Luis Potosí 1994-1997.

Episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
No	8	27
Media	18	60
Media lateral	4	13
Total	30	100

Fuente: la misma.

CUADRO No. 14

Desgarros en las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano Sánchez.
San Luis Potosí 1994-1997.

Desgarros	Frecuencia	Porcentaje
1°	3	10
2°	2	7
No	25	83
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 15.

Métodos de planificación familiar utilizados por las adolescentes embarazadas encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano Sánchez. San Luis Potosí 1994-1997

Métodos de P. F.	Frecuencia	Porcentaje
U. Orales	1	3
DIU	6	20
Ninguno	23	77
Total	30	100

Fuente: la misma

CUADRO NO. 16

Apgar de los Recién nacidos de las adolescentes encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano Sánchez. San Luis Potosí 1994-1997

Apgar	Frecuencia	Porcentaje
3/7	1	4
5/8	1	4
7/7	1	4
7/8	1	4
7/9	3	10
8/9	22	74
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 17

Talla de los Recién nacidos de las adolescentes encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de
Graciano Sánchez.
San Luis Potosí 1994-1997.

Talla	Frecuencia	Porcentaje
40	2	7
44	2	7
46	1	3
49	3	10
50	10	33
51	4	14
52	3	10
53	1	3
54	2	7
55	1	3
56	1	3
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 18

Perímetro cefálico de los Recién nacidos de las adolescentes encuestadas en CIMIPO-Gen
Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 1994-1997

Perímetro cefálico	Frecuencia	Porcentaje
30	1	3
31	2	7
31.5	2	7
32	6	20
33	6	20
34	5	17
34.5	2	6
35	6	20
Total	30	100

Fuente: La misma.

CUADRO No. 19**Peso del producto de las adolescentes encuestadas en CIMIPO-Gen. Soledad de Graciano****Sánchez.****San Luis Potosí 1994-1997.**

Peso del producto	Frecuencia	Porcentaje
2000	1	4
2600	3	10
2675	1	4
2700	1	3
2770	1	3
2850	3	10
2980	1	3
3000	6	20
3250	1	3
3320	2	7
3360	1	3
3450	5	17
3750	1	3
3850	2	7
4300	1	3
Total	30	100

Fuente: La misma.