

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS, S.L.P

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 IMSS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

CARMEN DOMÍNGUEZ GÓMEZ

SAN LUIS POTOSÍ

2008



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.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CARMEN DOMÍNGUEZ GÓMEZ

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PEREZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES CON SEDE UMF No. 45 SAN LUIS POTOSÍ S.L.P

DR. HÉCTOR DE JESÚS ANDRADE RODRÍGUEZ  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. HIPÓLITO JIMÉNEZ RUIZ  
ASESOR DE TEMA DE TESIS

DR JOSÉ FERNANDO VELASCO CHÁVEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

CARMEN DOMÍNGUEZ GÓMEZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M

## AGRADECIMIENTOS

A Dios....

Que me cargo en sus hombros cuando desfallecía y me ayudo a encontrar la luz donde ya no la había. Por concederme la vida, la sabiduría y entendimiento para lograr este proyecto,

A mi esposo...

Armando por su compañía, su amor, comprensión, apoyo, y su paciencia en estos tres años ya que a pesar de las adversidades y su cansancio jamás se rindió

A mis padres....

Por darme la vida, por su amor y sacrificio. Por tus oraciones constantes, por tu apoyo incondicional y por tu anhelo de verme realizado en mi carrera y por creer siempre en mí.

A mi familia en general...

Hermanos, sobrinos y ahijados los cuales siempre han estado conmigo cuando más los he necesitado, y por estar siempre pendiente de mí, dándome ese cariño, afecto y amor, en los momentos que desfallecía

A mis asesores...

Al Dr. Hector Andrade y al Dr. Hipolito Jiménez por su motivación, apoyo e impulso para realizar este proyecto y por su tiempo facilitándome a lograr este proyecto

## ÍNDICE

Marco teórico	1
Planteamiento del problema	16
Justificación	17
Objetivos	19
Metodología	20
Resultados	25
Discusión	31
Conclusión	33
Referencias	35
Anexos	39

# COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 IMSS. Domínguez.C

UMF No. 21 Villa de Zaragoza IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

## OBJETIVO GENERAL.

Determinar tipo de complicación mas frecuente en las adolescentes embarazadas

## DISEÑO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, utilizando el expediente clínico de adolescentes embarazadas que acudieron a la unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS Villa de Zaragoza, S.L.P.

## MÉTODOS

Se procedió a realizar un censo de mujeres adolescentes embarazadas atendidas de Enero a Diciembre del 2005 que fueron atendidas en la clínica 21 del IMSS arrojando una cifra de 63 embarazadas. Tomando en cuenta los criterios de inclusión en donde se incluyen; Expediente de pacientes embarazadas adolescentes. Expedientes de pacientes que hallan acudido a consulta en la UMF 21 IMSS durante el periodo Enero-Diciembre del 2005. Expediente de paciente que hayan presentado o no complicación durante su embarazo. Y tomando en cuenta los criterios de exclusión como ; Pacientes que no están adscritos a la unidad No. 21 IMSS.

Expedientes incompletos. Pacientes que cambiaron su unidad de adscripción

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En nuestro estudio encontramos 63 pacientes embarazadas de las cuales 50 fueron estudiadas representando un 79.3% de la población total.

El tipo de complicación más frecuente son las siguientes: la infección de vías urinarias 74%, anemia con un 38% y preeclampsia 22%. Con valores

menores que oscilan a menos del 10% se encuentran los siguientes: Eclampsia, Embarazo pretermino, Parto prolongado y Atonia uterina, y sufrimiento.

En el 58% de las jóvenes cuenta con primaria y el 40% de las mismas curso o tiene estudios de secundaria y solo un 2% llego a nivel medio superior.



## MARCO TEÓRICO

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. <sup>(1)</sup>

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas <sup>(1)</sup>.

Siendo el embarazo durante la adolescencia en nuestro país una realidad cada vez más palpable. Y sus consecuencias pueden ser vistas y tomadas desde diferentes ángulos y situaciones. Además, en el mismo, se ven involucrados desde la madre y su hijo hasta variados y diferentes factores de la sociedad <sup>(2)</sup>.

Lo anterior se puede ver en los últimos diez a quince años en donde ha aumentado significativamente la preocupación de diversos sectores sociales en México por el fenómeno del embarazo adolescente, lo cual se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales, en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes <sup>(2)</sup>.

Se contempla el embarazo en adolescente desde dos puntos de vista. Por un lado como un problema público donde están involucrados cuatro factores a su vez; a) tasa en incremento; b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño; y, d) su contribución a la persistencia de la pobreza <sup>(2)</sup>.

Y desde el punto de vista social. El gran crecimiento, del grupo de adolescentes en los últimos lustros, donde el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992,

haciéndolo mucho más evidente y dando lugar al hecho de que, hay tasas de fecundidad menores y que el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande.

Además la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes. El mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual, conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto al contrario de lo que sucedía cuando no tenían acceso a estos servicios, la alta incidencia de este tipo de embarazos <sup>(2)</sup>.

Es indudable que el embarazo entre las mujeres adolescentes representa unos problemas de índole públicos y sociales, pero también conlleva situaciones que atañen directamente al seno de la familia y el desarrollo mismo de la joven.

Las adolescentes, en particular, sufren las mayores limitaciones y desafíos debido a las normas socio-culturales y tabús existentes sobre la sexualidad y a las funciones estereotipadas de género. Y el embarazo durante la adolescencia puede significar para una adolescente el fin de sus aspiraciones personales y educativas, así como tener que enfrentarse a significativos riesgos de salud tanto para la adolescente embarazada como para el niño o niña <sup>(3)</sup>.

Durante la etapa del embarazo los factores que pueden afectar tanto a la madre como a la niña sobresalen el fisiológico y el psicológico de acuerdo a la Secretaria de Sanidad Panamericana de los Estados Unidos. Respecto al primero esta dependencia indica que debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que su pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos <sup>(3)</sup>.

Por otro lado, el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana) <sup>(4)</sup>.

En cuanto al segundo factor, la publicación hace mención que Las características psicológicas y emocionales de la adolescencia son un factor de primer orden en la aparición del embarazo en estas edades. Y que como consecuencia del embarazo se incrementan las mismas <sup>(4)</sup>.

En nuestro país la situación se acentúa en los grupos sociales con mayores carencias, donde el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. Así también la experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan sólo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo (19 años) según lo muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud del 2000 <sup>(5)</sup>.

Así pues, viendo que el embarazo a temprana edad representa problemas de índole macro-social de carácter público y social y que este a su vez también representa problemas de índole micro-social en el seno de la familia y en la joven y su hijo, por lo cual es importante que como profesionales en la salud tratemos de ver cual es el entorno en que nos desenvolvemos en relación a esta situación. (5).

Aunado a lo anterior, si las estadísticas indican que este tipo de embarazos se dan más en zonas marginadas o con poco avance cultural o educativo en general como en la que desempeño mi quehacer profesional, razón por lo cual es conveniente estudiar más a fondo esta realidad que veo en mi trabajo cotidianamente.(5).

Ha habido un incremento de embarazos y partos a nivel mundial. Esto se confirma por lo emanado del Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, ya que en sus cifras son más de 14 millones de mujeres

adolescentes, quiénes dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial. El mayor porcentaje de los mismos está en África, América Latina y el Caribe <sup>(6)</sup>.

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total de nacimientos en esta región; de los cuales el 70% son no planeados <sup>(7)</sup>.

Según datos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, en la región de Sudamérica en la cuál se encuentra México el 16% de los nacimientos fueron de madres adolescentes entre los 15 y los 19 años, con rangos entre 10.2% (Chile) y 20.5% (Venezuela) <sup>(8)</sup>.

Dentro de las cifras anteriores en nuestro país se alcanzo un porcentaje del 14.5% de embarazos en mujeres menores a 19 años. Este índice es preocupante ya que la población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 se pronostica que el grupo de edad más grande de la población será de 10 a 19 años <sup>(9)</sup>.

Nuestros jóvenes en México se concentran de la siguiente manera. La mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se ubican en solo siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). En el grupo de edad de 15 a 24 años, 74 % viven en áreas urbanas y el 26 % viven en áreas rurales <sup>(10)</sup>.

En, 1999, ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil según datos de la Comisión Nacional de Población (CONAPO). No obstante lo anterior, sigue existiendo una creciente concentración de la tasa de fecundidad en la juventud. Por otra parte las cifras de embarazo en adolescentes seguramente son más altas, si

consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminan en un aborto espontáneo o en uno inducido <sup>(11)</sup>.

Los datos anteriores reflejan nuestra realidad en nuestro país. Pero independientemente de las preocupaciones y los riesgos que conlleva el embarazo en las adolescentes se une un dato más proporcionado en el informe regional de la OPS. En el cuál se indica que la mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de muerte entre las adolescentes. Y que en América Latina, la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 29 años es de índole obstétrica, tales como las complicaciones del embarazo y el parto <sup>(12)</sup>.

## ADOLESCENCIA

La definición de la adolescencia presenta algunos contratiempos por la gran cantidad de información y fuentes así como los diferentes puntos de vista que se tienen de la misma por las ciencias tanto naturales como sociales.

Partiendo de una definición puramente lingüística, la Real Academia de la Lengua Española especifica que el término proviene del vocablo latino *adolescencia* y que es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo <sup>(13)</sup>.

Fue a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando se comenzó a utilizar este término y por lo general se le ligo a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial de la sociedad, educacional y al papel de la mujer también al enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social según información de la organización Panamericana de la salud (OPS) <sup>(14)</sup>.

Según la fuente anterior la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo

de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social<sup>(14)</sup>.

La organización mundial de la salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, definición de identidad y a la toma de responsabilidad, por ello es que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere<sup>(15)</sup>.

Se clasifica a la población adolescente de 10 a 19 años de edad; como juventud, al grupo de 15 a 24 años. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia, por las distintas necesidades y percepciones es conveniente subdividir el grupo de 10 a 19 años en los subgrupos de 10 a 14 (adolescencia temprana) y de 15 a 19 (adolescencia tardía), y juventud propiamente dicha se considerará al grupo de 20 a 24 años<sup>(15)</sup>.

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.

Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.

Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva<sup>(15)</sup>.

Los aspectos psicológicos son dados fundamentalmente por:

Búsqueda de sí mismos, de su identidad.

Necesidad de independencia.

Tendencia grupal.

Evolución del pensamiento concreto al abstracto.

Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.

Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.

Relación conflictiva con los padres.

Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.

La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.

Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida<sup>(9)</sup>.

Una diferencia entre los varones y las mujeres adolescentes se observa en los Estadios de Maduración Sexual de Tanner. En donde la maduración sexual del adolescente se estudia a través de la escalera de maduración sexual. Tanner, en donde los estadios se definen como un sistema gráfico discriminado por sexos, donde se utiliza el concepto de una escalera ascendente, conformada por cinco peldaños, en la cual se ubica el desarrollo sexual<sup>(16)</sup> (ver anexo 3).

La pubertad se define como "Un proceso cuyo inicio y duración presenta una gran variabilidad individual en los sujetos del mismo sexo y más aún cuando se compara con el sexo opuesto". Se refiere a que los estadios tienen como

objetivo principal ser usado cuando se realiza el examen físico del púber y para explicarle la evolución de su desarrollo y de esa manera aliviar la ansiedad que genera, en los adolescentes y en sus padres, los cambios corporales. El rango de Edad Cronológica Decimal (ECD) mínima y máxima correspondiente a los percentiles 97 y 3 del inicio de la maduración sexual. El percentil 97 (P97) indica que a determinada edad, en el 97% de los individuos ha ocurrido un determinado evento puberal, el percentil 3 (P3) indica que a determinada edad solo el 3% de los individuos aún no ha alcanzado ese determinado evento puberal. Este instrumento se presenta en forma de dos afiches: uno para el Tanner de la mujer y otro para el Tanner del hombre <sup>(16)</sup>.

Se ha comprobado que muchas de las características del desarrollo del adolescente están mucho más relacionadas con la etapa de desarrollo puberal o "Índice de Madurez Sexual" (IMS) que con la edad cronológica. Para él el esquema de Tanner (anexo 3) es el más utilizado para valorar este IMS <sup>(17)</sup>.

Se interpreta la escala de Tanner (anexo 3) de la siguiente forma; el comienzo de la adolescencia (IMS 1 – 2 ) suele producirse entre los 10 y los 13 años y tarda de 6 meses a 1 año en las mujeres. El período Medio de la adolescencia (IMS 3 – 4) puede alcanzarse en ellas en cualquier momento entre los 11 y los 14 años y tarda de 2 a 3 años en promedio. En general, las adolescentes alcanzan el período final de la adolescencia ( IMS – 5 ) entre los 13 y los 17 años <sup>(17)</sup>.

## PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

El uso y abuso de drogas tanto lícitas como ilícitas; el inicio temprano a la actividad sexual; la depresión, la conducta delictiva, la pobreza, bajo nivel educativo. El desempleo y subempleo, el embarazo precoz, el desmembramiento familiar. Todas estas conductas afectan en forma negativa el sano e integral desarrollo de esa etapa tan fundamental en el ser humano <sup>(18)</sup>.



La mortalidad viene asociada primordialmente a las grandes diferencias sociales. Generalmente el adolescente muestra una baja mortalidad comparada con la mortalidad general. Las causas principales de la mortalidad en los adolescentes, están enmarcadas en accidentes, suicidios, homicidios, cáncer, aborto y otras enfermedades obstétricas; todas relacionadas con conductas de alto riesgo que no fueron atendidas a tiempo <sup>(18)</sup>.

En los adolescentes, los problemas de salud suelen ser diferentes a los que se encuentran en otras edades. Este fenómeno es debido a que esta etapa fundamental del desarrollo humano se caracteriza por una carga psicosocial elevada y un bajo temor de los trastornos orgánicos. El perfil de morbilidad es muy variable y depende del tipo de atención a la salud que los adolescentes reciben, así como del nivel y lugar donde la recibe. Las principales causas de morbilidad principalmente se concentran en accidentes, salud mental y enfermedades ligadas al proceso reproductivo. Otras causas importantes contemplan las enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, los problemas dentales y las enfermedades crónicas <sup>(18)</sup>

Aparecen también otros conceptos como vulnerabilidad que es la potencialidad de que se produzca un riesgo o daño y los factores de riesgo que son considerados como altas probabilidades de daño o resultados no deseables para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse <sup>(19)</sup>.

Los principales factores de riesgo son:

- Conductas de riesgo.
- Familias disfuncionales.
- Deserción escolar.
- Accidentes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo.

- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras <sup>(19)</sup>.

Estos factores tienen una característica fundamental y la interrelación marcada entre ellos, en un adolescente pueden coincidir 2 o 3 a la vez, por lo que el conocimiento de estos conceptos y de los factores de riesgo ha dado prioridad a las acciones de promoción y prevención de salud, unido a la necesidad de atención de los adolescentes y jóvenes dentro de la fuerza productiva y social <sup>(19)</sup>.

Otros factores que pueden influir en el embarazo del adolescente; es el psicosocial y el cultural.

Psicosociales:

Disfunción familiar: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima y que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente en una hermana, la madre también con historia de embarazo adolescente, y enfermedad crónica en uno de los padres. <sup>(20)</sup>.

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, la delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, con el consecuente mayor riesgo. La pérdida de la religiosidad, es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. Durante la etapa temprana de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. <sup>(20)</sup>

Culturales:

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, es frecuente el fatalismo. La adolescente es incapaz de valorar la alternativa de evitar un embarazo. El “machismo” y la necesidad del varón de “probarse”, son un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador.

## EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

En el mundo ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. La media mundial de la población adolescente conformada por el grupo de 10 a 19 años, constituyen el 21,5% del total de la población, de los cuales el 50% son mujeres. La adolescencia y sus cambios puberales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados; que al ser expresados, generan disgusto y rechazo por parte de los adultos, así como temor por parte del adolescente. Esta situación dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, con riesgo de abortos y de embarazos sucesivos en adolescentes en la edad media de 14 a 16 años. El inicio de la actividad sexual antes de los 18 años es una decisión sobre la cual influyen o interactúan una serie de factores <sup>(21)</sup>.

En la mujer adolescente se presenta la menarquía cuyo inicio ha disminuido en las últimas décadas, a un promedio de 9 a 12 años.

Por otra parte el adolescente puede tener creencias equivocadas como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como; lastima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad. Otro aspecto a considerar son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas <sup>(21)</sup>.

La enciclopedia médica en español menciona que el embarazo en adolescentes es aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos. Con esto queda claro que el periodo para clasificarlo como tal es solo en mujeres menores de 19 años <sup>(22)</sup>.

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja <sup>(23)</sup>.

## COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales.

En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general <sup>(24)</sup>.

La incidencia del embarazo en la adolescencia ha declinado permanentemente desde que alcanzó su punto más alto en 1990, esto se debe en gran parte al incremento en el uso de condones. De acuerdo a esta publicación, ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, por lo que la abstinencia es la única forma segura de prevenir el embarazo ya que una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos, tiene un 90% de posibilidades de quedar embarazada en un año <sup>(22)</sup>.

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate. A continuación, se citan algunas de ellas:

Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional.

En la actualidad los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas generalmente transmiten mensajes directos o indirectos, en los que se sugiere que las relaciones prematrimoniales (específicamente las que los comprometen) son comportamientos comunes, aceptados y en ocasiones, esperados de ellos. <sup>(22)</sup>.

Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de esta "educación sexual" está llegando a los adolescentes a través de los compañeros mal informados o no informados<sup>(22)</sup>.

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales<sup>(25)</sup>.

Entre los hijos de las adolescentes embarazadas, la premadurez, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal y neonatal son mucho mayores que en los nacidos de mujeres adultas, presentan mayor abuso físico, negligencia en su cuidado, desnutrición y retardo de su desarrollo físico y emocional<sup>(26)</sup>.

Dentro de los factores potenciales de riesgo de embarazo en las adolescentes se incluyen los siguientes :

- A. Las salidas tempranas (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una posibilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 años se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).
- B. .El consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco.
- C. La deserción escolar
- D. .La falta de grupos de apoyo o tener pocos amigos.
- E. La falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
- F. La percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal

- G. La vida en comunidades o la asistencia a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común y vista como norma y no como un tema de preocupación.
- H. Crecer en condiciones de pobreza.
- I. Haber sido víctimas de abuso sexual.
- J. Ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven<sup>(27)</sup>.

Durante este tipo de embarazo se presentan las siguientes complicaciones:

- I. Anemia.
- II. Preeclampsia
- III Enfermedades de transmisión sexual.
- IV Embarazo pretérmino
- V. Parto prolongado.
- VI. Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina
- VII Desproporción feto-pélvica
  
- VIII. Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- IX. Recién nacido de bajo peso al nacer.
- X. Complicaciones Neonatales.
- XI. Ictericia neonatal.
- XII. Sepsis.
- XIII. Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido)
- XIV. Síndrome de dificultad respiratoria.
- XV. Prematuridad<sup>(27)</sup>.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna<sup>(27)</sup>.

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) encontró la edad materna baja, como valor predictivo adicional de problemas de salud del primer año de vida del infante, especialmente en muerte súbita, accidentes y problemas gastrointestinales. Además se estima que la pobreza para las adolescentes que tienen un hijo, es siete veces mayor que para las adolescentes no embarazadas <sup>(28)</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo en las adolescentes representa un problema con variadas aristas. Desde lo público y social hasta lo familiar e individual pasando por múltiples aspectos desde físicos hasta socio – psicológicos. A su vez también, su alto índice que si bien ha disminuido como se vio con anterioridad aun sigue siendo alto.

Si bien es cierto se espera que en el futuro con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría lograrse mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia, para mejorar así los resultados perinatales; pero por el momento aun queda mucho por hacer <sup>(28)</sup>.

En 1999, ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15-19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil según datos de la comisión nacional de población (CONAPO) <sup>(11)</sup>

Partiendo de lo anterior y tomando en cuenta que la prevalencia de este tipo de embarazo aumenta en zonas rurales o con factores socio – económicos – culturales bajos como los que a simple vista resaltan en la población de Villa de Zaragoza como la deficiencia en la construcción de la vivienda y el analfabetismo.

Siendo importante tener una visión más amplia de las principales complicaciones en las embarazadas adolescente en esta comunidad <sup>(29)</sup>.

Con lo anterior en mente se puede comprender que el municipio rural de Villa de Zaragoza S.L.P. reúne características como el bajo nivel socio-económico , la marginación y la población adolescentes , para que se realice este tipo de estudio.

Si se toma en cuenta que por factores fisiológicos además de otros, las mujeres embarazadas presentan riesgos y complicaciones por lo general durante su gestación surge esta pregunta de investigación ¿Qué tipo de complicaciones presentan las adolescentes embarazadas que son atendidas en la UMF No. 21 del IMSS Delegación 25?



## **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar tipo de complicación mas frecuente en las adolescentes embarazadas

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar la etapa de la adolescencia en donde predomina el embarazo

Determinar número de gestación

Determinar el periodo intergenésico

Determinar grado escolar

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo en las adolescentes representa un problema con variadas aristas. Desde lo público y social hasta lo familiar e individual pasando por múltiples aspectos desde físicos hasta socio – psicológicos. A su vez también, su alto índice que si bien ha disminuido como se vio con anterioridad aun sigue siendo alto.

Si bien es cierto se espera que en el futuro con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría lograrse mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia, para mejorar así los resultados perinatales; pero por el momento aun queda mucho por hacer <sup>(28)</sup>.

En 1999, ocurrieron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15-19 años, mientras que en el 2000 ocurrieron 366 mil según datos de la comisión nacional de población (CONAPO) <sup>(11)</sup>

Partiendo de lo anterior y tomando en cuenta que la prevalencia de este tipo de embarazo aumenta en zonas rurales o con factores socio – económicos – culturales bajos como los que a simple vista resaltan en la población de Villa de Zaragoza como la deficiencia en la construcción de la vivienda y el analfabetismo.

Siendo importante tener una visión más amplia de las principales complicaciones en las embarazadas adolescente en esta comunidad <sup>(29)</sup>.

Con lo anterior en mente se puede comprender que el municipio rural de Villa de Zaragoza S.L.P. reúne características como el bajo nivel socio-económico , la marginación y la población adolescentes , para que se realice este tipo de estudio.

Si se toma en cuenta que por factores fisiológicos además de otros, las mujeres embarazadas presentan riesgos y complicaciones por lo general durante su gestación surge esta pregunta de investigación ¿Qué tipo de complicaciones presentan las adolescentes embarazadas que son atendidas en la UMF No. 21 del IMSS Delegación 25?

## **JUSTIFICACIÓN.**

Según las estimaciones del Programa Nacional de Población los adolescentes serán el grupo más grande de población en los próximos 15 años. Lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación <sup>(31)</sup>.

Y siendo esta etapa como se vio con anterioridad vulnerable en muchos sentidos es comprensible que las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. <sup>(31)</sup>.

Un factor que se puede observar en la comunidad donde normalmente realizamos trabajo es el bajo nivel socio – cultural de la población en general. Según la encuesta nacional de juventud esta característica propicia que se incremente el embarazo a edades tempranas <sup>(5)</sup>.

Por ello es que el embarazo en adolescentes representa una de las amenazas para el desarrollo integral de las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo <sup>(31)</sup>.

Una de las razones principales que nos lleva a realizar este proyecto de investigación desde nuestro centro de trabajo es la prevención del embarazo en adolescentes y evitar las complicaciones del mismo y evitar llegar al deceso de la madre. Este riesgo es muy grande, pues de acuerdo a cifras manejadas por el INEGI en el año 2000 la muerte de adolescentes por embarazo represento el cuarto lugar en la mortalidad de este grupo edad <sup>(30)</sup>.

Seria de gran utilidad en nuestro trabajo diario contar con una fuente confiable acerca de cuales complicaciones se presentan con más frecuencia en el

embarazo en las adolescentes en nuestra clínica, con sus características adicionales de la embarazada como su escolaridad y número de gestación.

En la actualidad este problema se exagera en nuestro medio, siendo útil diagnosticar de manera temprana el embarazo en la adolescencia para identificar y prevenir las complicaciones.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

En el presente trabajo de investigación se utilizará el expediente clínico de adolescentes embarazadas que hallan acudido a la unidad de medicina familiar No. 21. Tomando como base los datos presentados durante el año 2005 en la pirámide poblacional proporcionada por la clínica donde se reportaron un total de 637 adolescentes, de entre 10 a 19 años, de las cuales se reportan 63 embarazadas. Se procederá a detectar y coleccionar la información, en las hojas que para este fin se crearan, en base a los criterios de selección, y así llevar un control de los datos.

### **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

Expediente Clínico de adolescentes embarazadas que hayan acudido a la unidad de medicina familiar No. 21 del IMSS, en villa de Zaragoza, San Luis Potosí de acuerdo al censo de adolescentes embarazadas.

### **DISEÑO DE ESTUDIO.**

Transversal

### **TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo, retrospectivo

### **LIMITE DE TIEMPO**

Del 1 de enero - 31 de diciembre del 2005

### **ESPACIO**

Archivo clínico de la unidad de medicina familiar No. 21, villa de Zaragoza S.L.P.

### **TÉCNICA DE MUESTRA**

Muestra no probabilística por conveniencia

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Durante la realización de la presente investigación se tomo como base la pirámide poblacional del 2005 proporcionada por la clínica donde se reporta un total de 637 adolescentes femeninas, se procedió a realizar un censo de mujeres adolescentes embarazadas atendidas de Enero a Diciembre del 2005 que fueron atendidas en la clínica 21 del IMSS arrojando una cifra de 63 de las cuales se incluirá el total de estas para el presente estudio.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Expediente de pacientes embarazadas adolescentes

Expedientes de pacientes que hallan acudido a consulta en la UMF 21 IMSS durante el periodo Enero-Diciembre del 2005

Expediente de paciente que hayan presentado o no complicación durante su embarazo

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que no están adscritos a la unidad No. 21 IMSS.

Expedientes incompletos

Pacientes que cambiaron su unidad de adscripción

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>
Edad	En estudio	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos en el momento del estudio	Númerica	Expediente clínico
Estado civil	En estudio	El matrimonio constituye la unión legal del hombre y la mujer para fundar la familia.	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presenta. Si o No.		Expediente clínico
Escolaridad	En estudio	Años realizados de estudio o alcanzados por la persona	Estudios escolares de la embarazada al momento del estudio	Nominal 1=Primaria o menos 2=secundaria o más	Expediente clínico
No. de gesta	En estudio	Periodos comprendidos desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos	Número de embarazos registrados hasta el momento del estudio	Númerica 1=primigesta 2=2 y más	Expediente clínico
Intervalo intergenésico	En estudio	Espacio que separa un embarazo de otro	Tiempo expresado en meses al momento del embarazo actual	Númerica 1=<13 2=>13 y más	Expediente clínico
Inicio de vida sexual activa	En estudio	Relación íntima con otra pareja	Edad de primera relación sexual coital	Númerica 1=10-14 años 2=15-19 años	Expediente clínico
Anemia	En estudio	Es la disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina	Hemoglobina por debajo de 12 g/dl	Nominal	Expediente clínico
Preeclampsia	En estudio	Es la presencia de hipertensión arterial y proteinuria en la orina después de la semana 20 del embarazo	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presenta. Si o No.	Nóminal	Expediente clínico
Eclampsia	En estudio	Es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21	Nominal	Expediente clínico



		presentar convulsiones y estado de coma	afirma que se presento. Si o No.		
Enf. de transmisión sexual	En estudio	Son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas transmitidas durante las relaciones sexuales	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presento. Si o No.	Nominal	Expediente clínico
Infección de vías urinarias	En estudio	Es una infección de cualquier parte de las vías urinarias	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presento. Si o No.	Nominal	Expediente clínico
Parto pretérmino	En estudio	Es el parto que se produce entre las 28 y las 37 semanas de embarazo	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presento. Si o No.	Nominal	Expediente clínico
Parto prolongado	En estudio	Parto que dura más de 12hrs en las multiparas y más de 24hrs en las primitivas	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presento. Si o No.	Nominal	Expediente clínico
Sufrimiento fetal	En estudio	Se utiliza para estados hipoxicos fetales severos donde exista una posibilidad alta de asfixia fetal	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presento. Si o No.	Nominal	Expediente clínico
Atonia uterina	En estudio	Es la falta de contracción del útero gestante luego del alumbramiento	Si la fuente de información del expediente clínico de la UMF No. 21 afirma que se presento. Si o No.	Nominal	Expediente clínico
Cesárea	En estudio	Intervención quirurgica que tiene como objeto extraer al producto de la concepción vivo o muerto de 28 semanas o más de gestación, así	Número de cesáreas previas al embarazo actual	Numérica	Expediente clínico

		como sus anexos ovulares, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina			
Aborto	En estudio	Expulsión del producto de la concepción de 21 semanas o menos de gestación o peso menor de 500gr	Número de abortos presentados al momento del embarazo actual	Numérica	Expediente clínico

## PROCEDIMIENTOS

1. Se realizó un censo de mujeres embarazadas adolescentes, apoyándose en las hojas de consulta diaria de enero a diciembre del año 2005
2. Se procedió a recabar los expedientes de las embarazadas adolescentes
3. Se analizó la información que presenta los expedientes clínicos
4. Se recabó la información en base al instrumento de evaluación
5. Análisis de resultados
6. Interpretación de resultados
7. Formulación de reporte
8. Presentación

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Se recabó la información en 2 anexos de los cuales en el primero se recabaron del expediente clínico, los datos de identificación de paciente como son: nombre, número de afiliación, edad, estado civil, escolaridad, número de gestas, periodo intergenésico, inicio de vida sexual activa.

En el segundo anexo se recabará el tipo de complicaciones que haya presentado el adolescente durante su embarazo.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se considera a la estadística descriptiva como la más apropiada acorde a las características de la prueba.

Se utilizó estadística de tipo descriptivo, con medidas de tendencia central.

Se empleo el paquete estadístico SPSS 13 para realizar el tratamiento estadístico de la presente prueba.

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

En nuestro estudio encontramos 63 pacientes embarazadas de las cuales 50 fueron estudiadas representando un 79.3% de la población total.

La edad de las mujeres embarazadas, cuya mediana y moda se situaron entre los 18 y 19 años respectivamente, con un 38% a los 19 años, después a los 18 se cuenta con un 28%. ambas representaron el 66% de la muestra; quedando el 34% restante entre los 15 y 17 años promedio. (tabla 1),

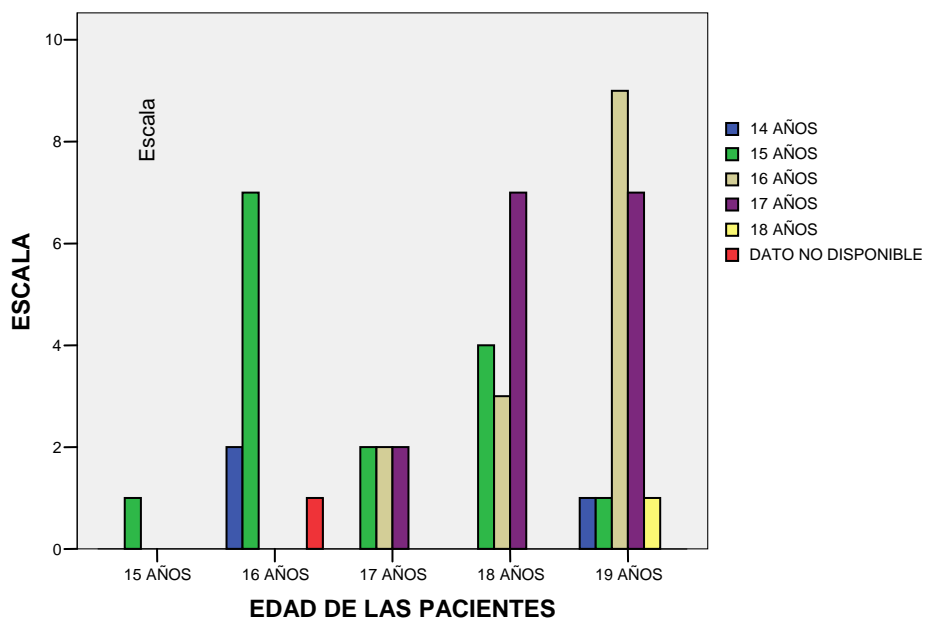
Tabla 1

		Frecuencia	Porcentaje	% Valido	% Acumulado
Valores	15 AÑOS	1	2,0	2,0	2,0
	16 AÑOS	10	20,0	20,0	22,0
	17 AÑOS	6	12,0	12,0	34,0
	18 AÑOS	14	28,0	28,0	62,0
	19 AÑOS	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

El 64% de las jóvenes comenzaron a tener relaciones entre los 14 y los 16 años. A pesar de los cuidados 6 de cada 10 niñas quedan embarazada (Grafica 1).

Gráfica 1

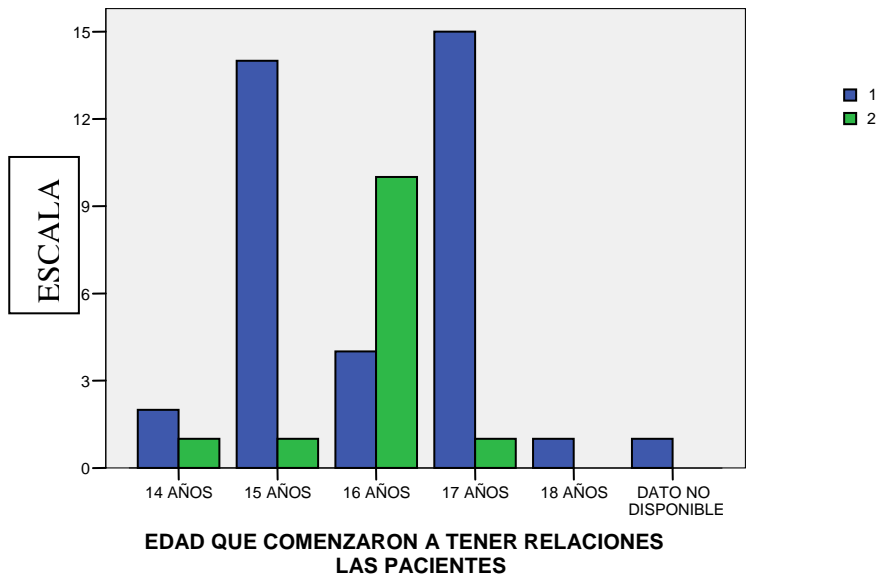
EDAD QUE COMENZARON A TENER RELACIONES LAS PACIENTES



El 28% de las jóvenes con un embarazo comenzó a tener relaciones a los 15 años y un 20% de las embarazadas que tiene una segunda gesta comenzó su vida sexual a los 16 años (Grafica 2).

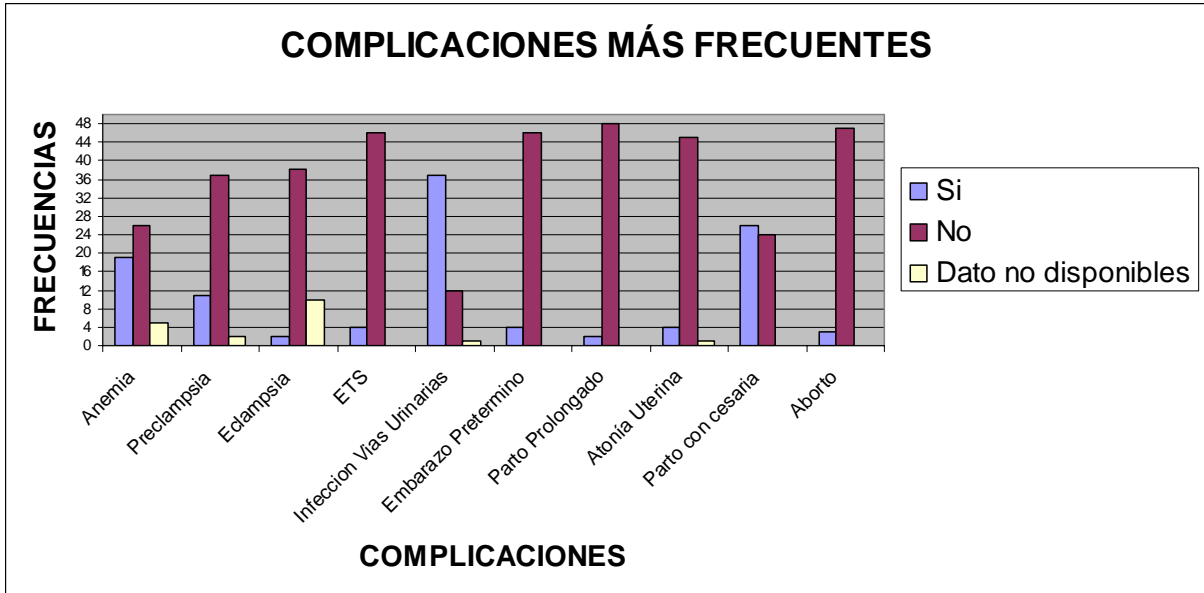
Gráfica 2

NUMERO DE EMBARAZOS ACTUAL DE LA PACIENTE



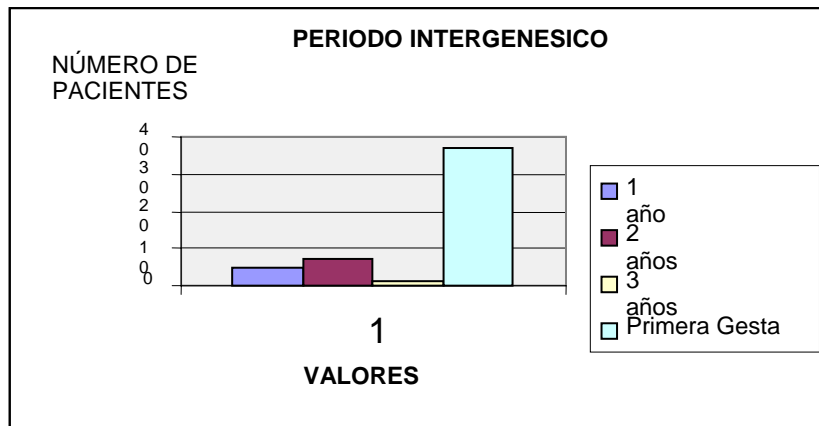
El tipo de complicación más frecuente son las siguientes: la infección de vías urinarias 74%, anemia con un 38% y preeclampsia 22%. Con valores menores que oscilan a menos del 10% se encuentran los siguientes: Eclampsia, Embarazo pretermino, Parto prolongado y Atonia uterina, y sufrimiento( gráfica 3).

Gráfica 3



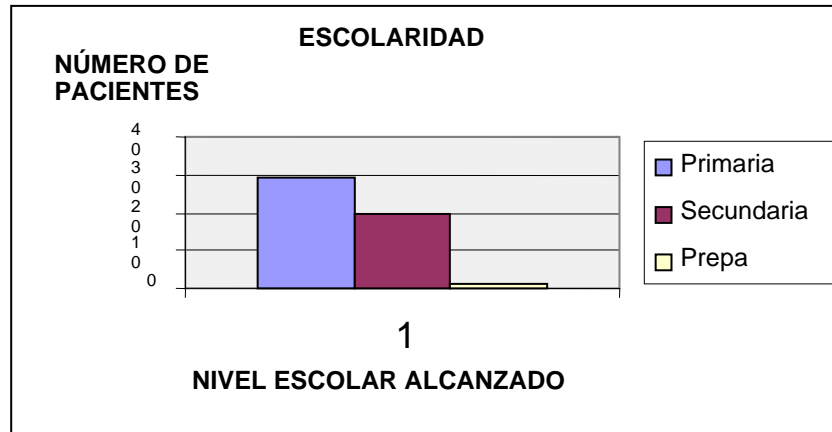
La gran mayoría de las adolescentes embarazadas esta en su primera gesta el 74% y de aquéllas que están en su segunda gesta la mayoría se ubica en 2 años como el tiempo intergenésico promedio.

GRAFICA 4



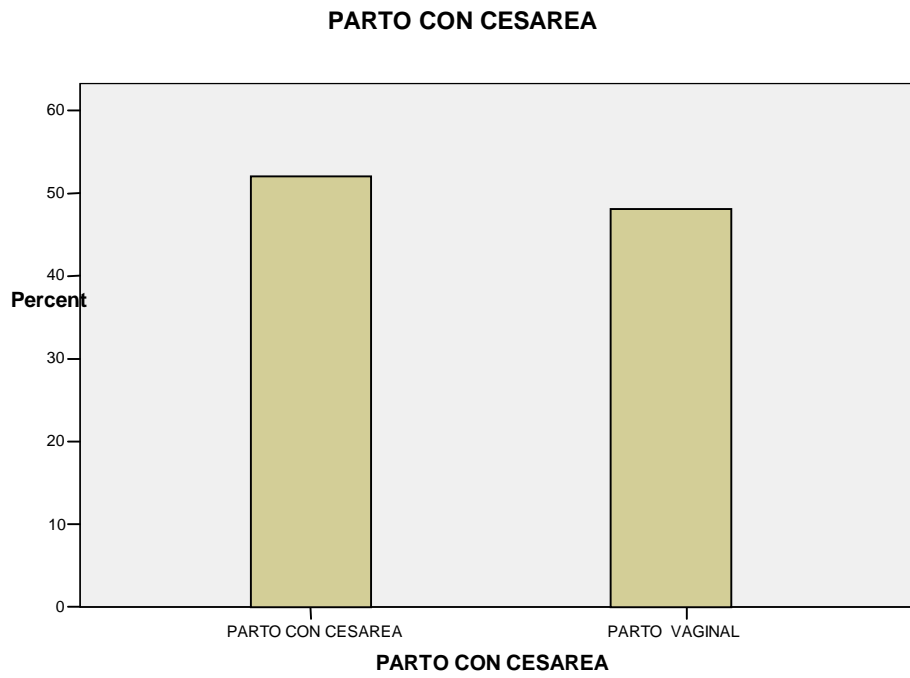
En el 58% de las jóvenes cuenta con primaria y el 40% de las mismas curso o tiene estudios de secundaria y solo un 2% llego a nivel medio superior. Respecto a lo anterior se observa un porcentaje marcado entre un nivel escolar y el subsiguiente.

GRAFICA 5

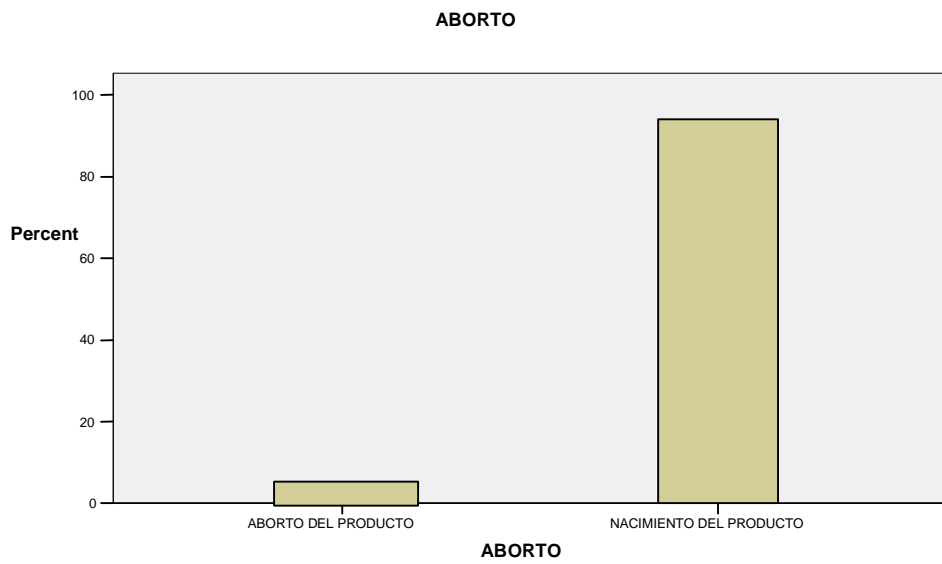


Otros datos que surgen de este trabajo son los índices de las cesáreas y de los abortos. En el caso de las cesáreas no existe una diferencia pues el 52% de los embarazos culminaron en la misma. En cuanto al aborto solo se registro un 6% del mismo.

Gráfica 6



Gráfica 7





## DISCUSIÓN

Según lo indicado en el Programa Nacional de Población 2001-2006 la media nacional de embarazos en adolescentes es del 14.5%. Sáez en su trabajo pronostica que la educación sexual y el uso de condones bajaran el índice de embarazos en las jóvenes. En nuestro estudio se confirma más el punto de Sáez que la media nacional. Pues en el año se registraron en total 637 embarazos de los cuales 63 fueron adolescentes. Esto representa un 10% del total. Lo que está por debajo de la media nacional según el Consejo Nacional de Población. Sin embargo se debe considerar que solo se tomó en cuenta a las adolescentes que contaban con seguro social. <sup>(9), (22)</sup>.

Un punto que llama la atención es el periodo entre los 14 y los 16 años. Al parecer en los resultados de la investigación este lapso es crítico pues hay una relación marcada entre el número de gestas y la edad en que se comenzó a tener relaciones de parte de las jóvenes. <sup>(15)</sup>.

Las jóvenes que comenzaron su vida sexual en este ciclo en especial a los 16 tienen muy poco periodo intergenésico y están en su segundo embarazo. Queda para futuros estudios el ver que factores propician esta ponderación marcada y que se puede hacer para ayudar a las jóvenes en esta etapa. <sup>(15)</sup>.

En los resultados de este trabajo se confirma lo mencionado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática al decir que el índice de escolaridad está ligado a la presencia de embarazos en adolescentes. Para el INEGI entre más bajo es el nivel escolar alcanzado mayor es el riesgo de embarazo y esto se observa en esta investigación pues casi 6 de cada 10 jóvenes embarazadas solo cursaron la primaria <sup>(5)</sup>.

Así mismo, resulta por demás interesante que dentro de los tres padecimientos más comunes en las jóvenes embarazadas se encuentren las infecciones a vías urinarias, la anemia y la preclampsia. <sup>(27)</sup>.

Si bien es cierto que el padecimiento en vías urinarias es común en las embarazadas, resulta a nuestro criterio muy elevado el índice encontrado en esta adscripción. Pues un 74% implica que se ponga más atención al respecto. Estando las jóvenes en pleno desarrollo físico y por su gravidez el 38% de anemia entre las mismas resulta alto. Por su lado el 22% de preclampsia se encuentra alto pero no en gran consideración en relación a los otros dos. Por lo que no se considera pertinente más que la habitual atención a este padecimiento en la clínica. <sup>(27)</sup>.

Seria de gran utilidad en estudios futuros los factores que incidan en la presencia de los problemas encontrados como el nivel escolar, los padecimientos más comunes, el número de gesta y el periodo intergenésico y la edad de las jóvenes

## RESULTADOS

En nuestro estudio encontramos 63 pacientes embarazadas de las cuales 50 fueron estudiadas representando un 79.3% de la población total.

La edad de las mujeres embarazadas, cuya mediana y moda se situaron entre los 18 y 19 años respectivamente, con un 38% a los 19 años, después a los 18 se cuenta con un 28%. ambas representaron el 66% de la muestra; quedando el 34% restante entre los 15 y 17 años promedio. (tabla 1),

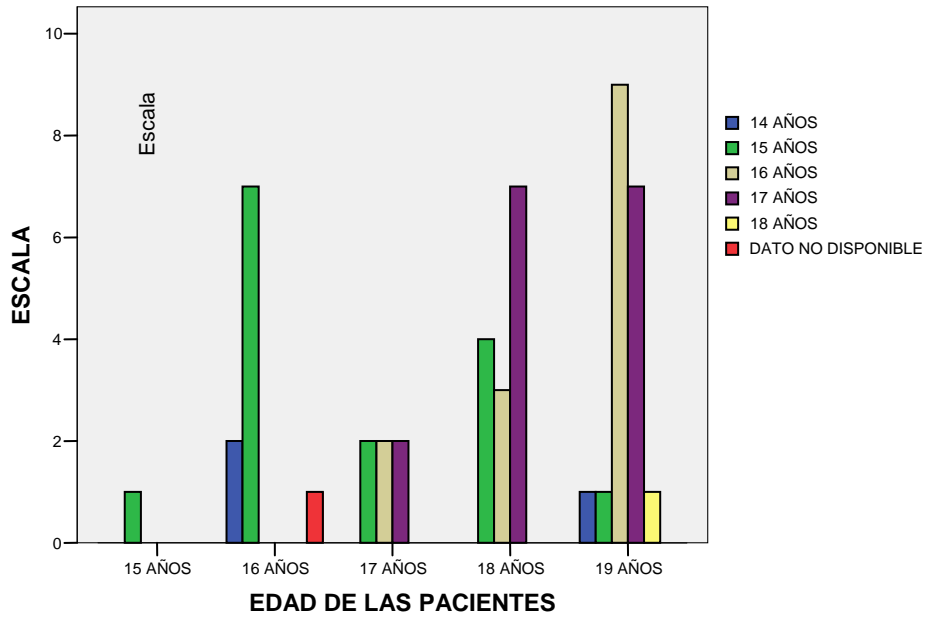
Tabla 1

		Frecuencia	Porcentaje	% Valido	% Acumulado
Valores	15 AÑOS	1	2,0	2,0	2,0
	16 AÑOS	10	20,0	20,0	22,0
	17 AÑOS	6	12,0	12,0	34,0
	18 AÑOS	14	28,0	28,0	62,0
	19 AÑOS	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

El 64% de las jóvenes comenzaron a tener relaciones entre los 14 y los 16 años. A pesar de los cuidados 6 de cada 10 niñas quedan embarazada (Grafica 1).

Gráfica 1

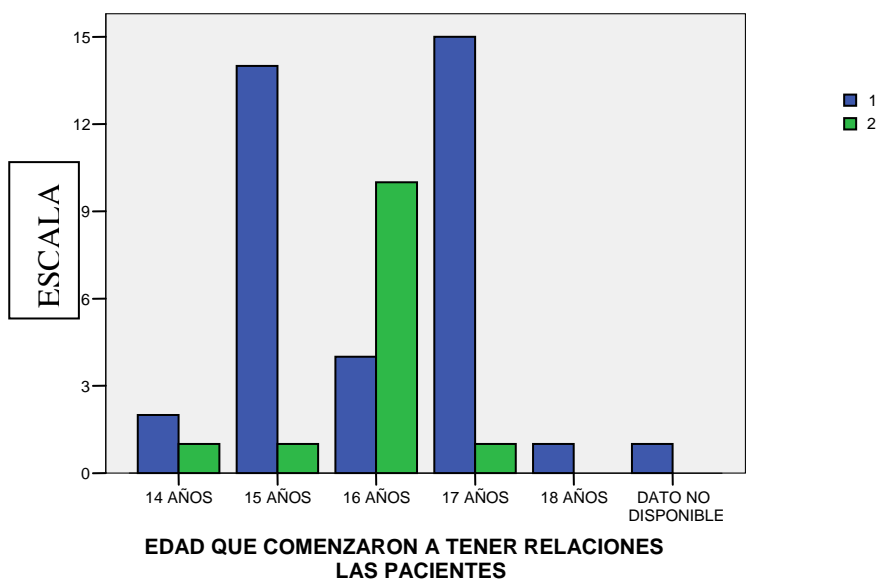
EDAD QUE COMENZARON A TENER RELACIONES LAS PACIENTES



El 28% de las jóvenes con un embarazo comenzó a tener relaciones a los 15 años y un 20% de las embarazadas que tiene una segunda gesta comenzó su vida sexual a los 16 años (Grafica 2).

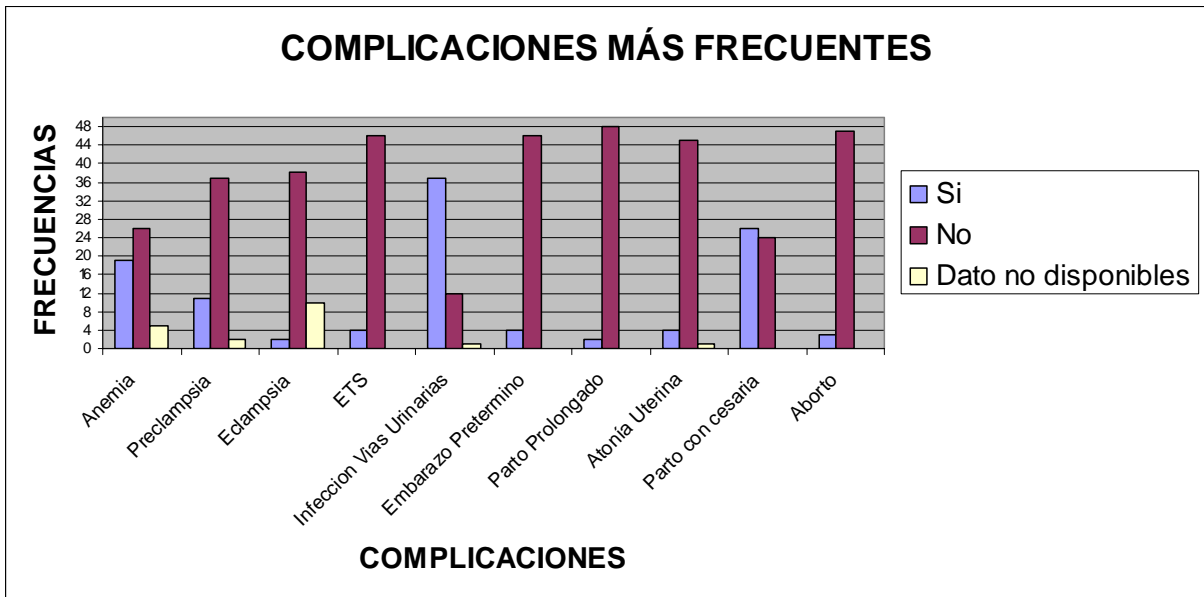
Gráfica 2

NUMERO DE EMBARAZOS ACTUAL DE LA PACIENTE



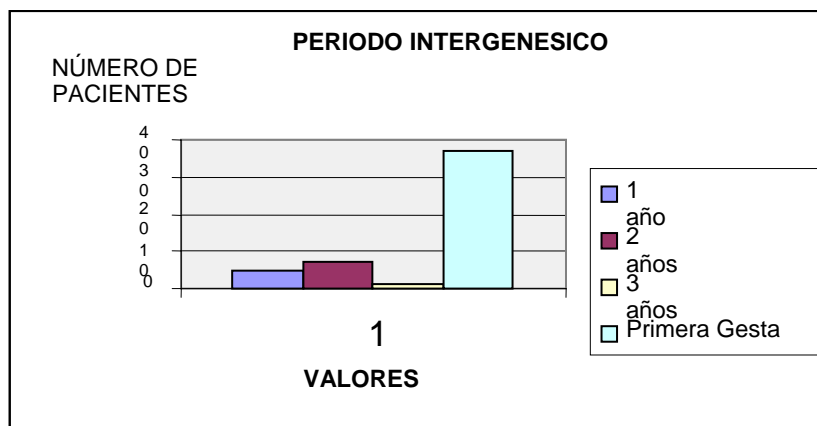
El tipo de complicación más frecuente son las siguientes: la infección de vías urinarias 74%, anemia con un 38% y preeclampsia 22%. Con valores menores que oscilan a menos del 10% se encuentran los siguientes: Eclampsia, Embarazo pretermino, Parto prolongado y Atonia uterina, y sufrimiento( gráfica 3).

Gráfica 3



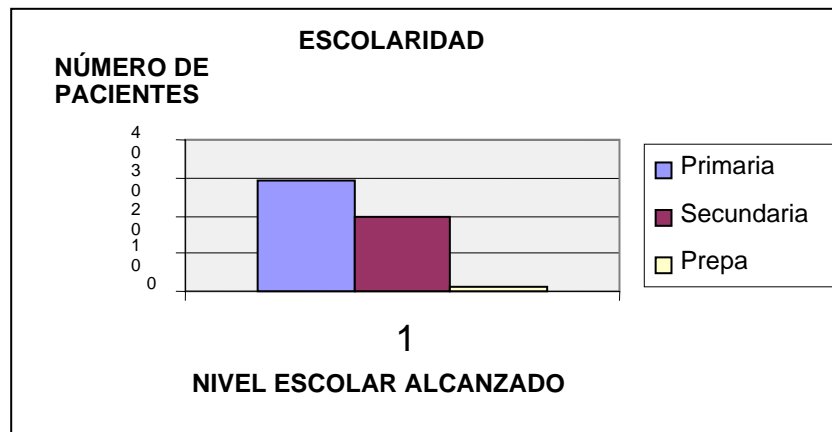
La gran mayoría de las adolescentes embarazadas esta en su primera gesta el 74% y de aquéllas que están en su segunda gesta la mayoría se ubica en 2 años como el tiempo intergenésico promedio.

GRAFICA 4



En el 58% de las jóvenes cuenta con primaria y el 40% de las mismas curso o tiene estudios de secundaria y solo un 2% llego a nivel medio superior. Respecto a lo anterior se observa un porcentaje marcado entre un nivel escolar y el subsiguiente.

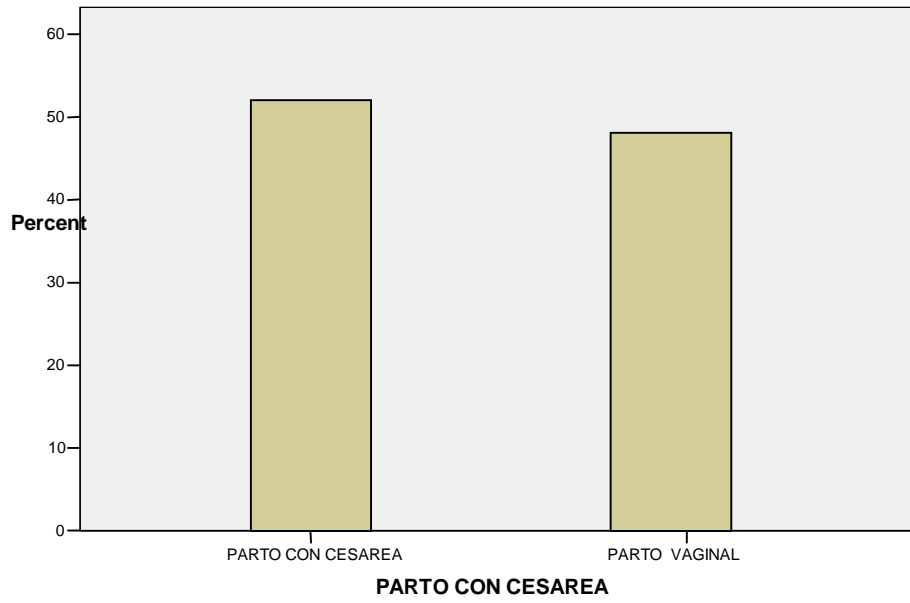
GRAFICA 5



Otros datos que surgen de este trabajo son los índices de las cesáreas y de los abortos. En el caso de las cesáreas no existe una diferencia pues el 52% de los embarazos culminaron en la misma. En cuanto al aborto solo se registro un 6% del mismo.

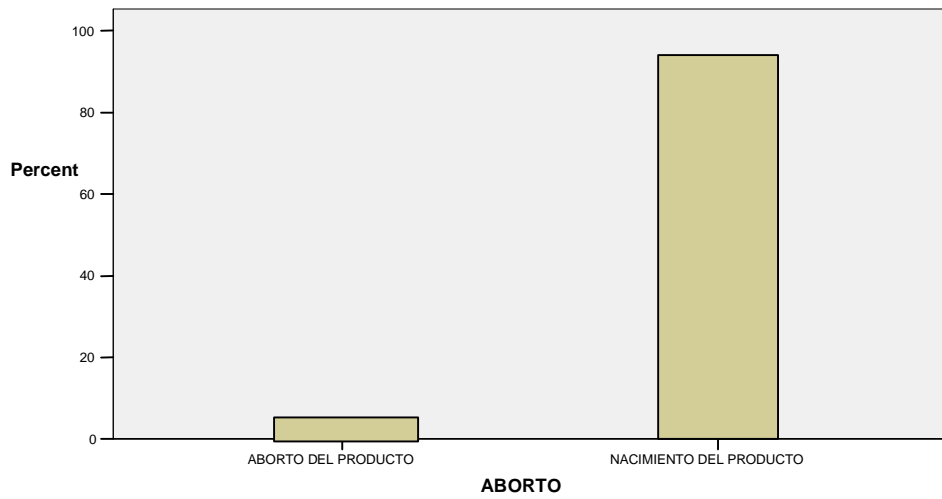
Gráfica 6

### PARTO CON CESAREA



Gráfica 7

### ABORTO





## DISCUSIÓN

Según lo indicado en el Programa Nacional de Población 2001-2006 la media nacional de embarazos en adolescentes es del 14.5%. Sáez en su trabajo pronostica que la educación sexual y el uso de condones bajaran el índice de embarazos en las jóvenes. En nuestro estudio se confirma más el punto de Sáez que la media nacional. Pues en el año se registraron en total 637 embarazos de los cuales 63 fueron adolescentes. Esto representa un 10% del total. Lo que está por debajo de la media nacional según el Consejo Nacional de Población. Sin embargo se debe considerar que solo se tomó en cuenta a las adolescentes que contaban con seguro social. <sup>(9), (22)</sup>.

Un punto que llama la atención es el periodo entre los 14 y los 16 años. Al parecer en los resultados de la investigación este lapso es crítico pues hay una relación marcada entre el número de gestas y la edad en que se comenzó a tener relaciones de parte de las jóvenes. <sup>(15)</sup>.

Las jóvenes que comenzaron su vida sexual en este ciclo en especial a los 16 tienen muy poco periodo intergenésico y están en su segundo embarazo. Queda para futuros estudios el ver que factores propician esta ponderación marcada y que se puede hacer para ayudar a las jóvenes en esta etapa. <sup>(15)</sup>.

En los resultados de este trabajo se confirma lo mencionado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática al decir que el índice de escolaridad está ligado a la presencia de embarazos en adolescentes. Para el INEGI entre más bajo es el nivel escolar alcanzado mayor es el riesgo de embarazo y esto se observa en esta investigación pues casi 6 de cada 10 jóvenes embarazadas solo cursaron la primaria <sup>(5)</sup>.

Así mismo, resulta por demás interesante que dentro de los tres padecimientos más comunes en las jóvenes embarazadas se encuentren las infecciones a vías urinarias, la anemia y la preclampsia. <sup>(27)</sup>.

Si bien es cierto que el padecimiento en vías urinarias es común en las embarazadas, resulta a nuestro criterio muy elevado el índice encontrado en esta adscripción. Pues un 74% implica que se ponga más atención al respecto. Estando las jóvenes en pleno desarrollo físico y por su gravidez el 38% de anemia entre las mismas resulta alto. Por su lado el 22% de preclampsia se encuentra alto pero no en gran consideración en relación a los otros dos. Por lo que no se considera pertinente más que la habitual atención a este padecimiento en la clínica. <sup>(27)</sup>.

Seria de gran utilidad en estudios futuros los factores que incidan en la presencia de los problemas encontrados como el nivel escolar, los padecimientos más comunes, el número de gesta y el periodo intergenésico y la edad de las jóvenes

## CONCLUSIONES

En el presente trabajo confirmamos un 10% de adolescentes embarazadas este seguramente es mayor, si tomamos en cuenta que en el presente trabajo solo se tomaron en cuenta a las pacientes que contaban con seguro social. Resaltando un 20% de adolescentes embarazadas a los 16 años. Además un 64% de adolescentes embarazadas, comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 14 y 16 años, quedando embarazadas 6 de cada 10 adolescentes.

Acentuándose el problema ya que el 20% de las adolescentes cursan ya con su 2do embarazo, con un intervalo intergenésico relativamente corto de 2 años. Agregándose complicaciones como infecciones de vías urinarias, siguiendo en orden anemia y preeclampsia.

Las adolescentes embarazadas que terminan en cesárea es alto con un 52%. El bajo nivel socioeconómico se ve reflejado en la escolaridad contando con un 58% de adolescentes que solo cursaron la primaria.

Por lo cual el medico familiar debe intervenir en forma inmediata en la promoción de la salud en la población adolescente, con prioridad en salud reproductiva con el apoyo de todo el equipo de salud. Con información veraz y oportuna. Previniendo así el embarazo en adolescentes y con ellos las complicaciones. Capacitar al equipo de salud para atender complicaciones como las que se mencionaron.

Se sugiere a las autoridades de la clínica soluciones como cursos de capacitación para los jóvenes ,estando alerta sobre esta problemática.

Para contribuir a reducir los altos porcentajes de adolescentes embarazadas y su entorno de complicaciones se propone:

Programar pláticas acerca de Salud Reproductiva, en las que se incluya: promoción de planificación familiar, métodos anticonceptivos, riesgo reproductivo, y riesgo obstétrico. En forma continua en las salas de espera de la clínica.

Programar las mismas pláticas en las escuelas, con prioridad en las escuelas primarias.

Capacitar a los profesores de dichas escuelas, ya que en ocasiones no están bien informados, y la orientación que da a sus alumnos es confusa.

Formar grupos de adolescentes, para redes de apoyo, siendo esta muy importantes, ya que esto ayudaría al adolescente a resolver una situación difícil o una crisis en su vida, que muchas veces al no tener el apoyo de alguna persona se ven obligada a tomar decisiones equivocada una de esas, iniciar relaciones sexuales a temprana edad .

Ayudándonos estas redes de apoyo a ampliar su capacidad de desarrollo humano. Seria de gran ayuda para el adolescente ya que muchas veces por su bajo nivel socioeconómico, es razón para ellos iniciar con vida sexual activa temprana necesitando el apoyo para alcanzar sus metas personales.

Se proporcionará l presente trabajo a las autoridades de la Unidad para coadyuvar en la mejoría de los servicios brindados en la misma

Consideramos que se puede ahondar más en este tema para beneficio de las pacientes adolescentes embarazadas derechoabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS, en Villa de Zaragoza, San Luis Potosí

## REFERENCIAS

1. Pelaez MJ. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(19):11-5
2. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública Mex 1997; 39:137-143.
3. Alan Guttmacher Institute, Hacia un Nuevo Mundo: Vida Sexual y Reproductiva de Mujeres Jóvenes, 1998:2-4 (resumen ejecutivo fue preparado con el apoyo de The William H. Gates Foundation)
4. Pan American Sanitary Bureau. Promotion of sexual health. Recommendations for action. Washington, D.C., USA: 2000. Item 4.5 3-10.
5. PI. José *Jóvenes e instituciones en México 1994-2000: actores, políticas y programas*, coord. México, 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (México). El abc de las estadísticas de educación. – Aguascalientes, Ags: INEGI, 2000. 41
6. Krause M. Algunos temas fundamentales de educación sexual. Embarazo en la adolescencia. La Habana: Científico-Técnica, 1988:12-21.
7. Population Reference Bureau (PRB), *Cuadro de la Población Mundial*, Washington, D.C., 2002. Notas breves. 4-8
8. Embarazo Adolescente, Estadísticas 2005. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano – CLAP – OPS/OMS. 4-7.
9. Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población 2001-2006. México, DF.; 2001. 61-63.

10. Consejo Nacional de Población; Información Sociodemográfica México 2002. México, DF. Comunicado de Prensa Enero 2002.
11. CONAPO, *Situación actual de la mujer en México*, México, 2000; CONAPO, *La población de México en el nuevo siglo*, México, 2000. 9-11.
12. OPS. Medios y salud, La voz de los adolescentes, Informe Regional Dic. 2003. Unidad de Salud del Niño y del adolescente, Área de Salud Familiar y comunitaria. 16-17
13. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/> Accesada el 9 de Agosto del 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente. OPS/OMS Washington. 1995. Resumen 2000;13(3):130-5
15. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. p 199.
16. Nelson, V: Tratado de Pediatría, Salvat Editores S.A. 1995. 6-743.
17. Sileo, E. (1992). Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano. Caracas. Programa OPS/UNICEF/OMS/. Disponible en <http://www.unicef.org/>
18. Braun R. T., Cromer B. A.: The pediatrician and the sexually active adolescent: Sexual activity and contraception. *Peditr Clin North Am.* 1997; 44: 90-1379
19. Silber T. Munist M. Madalen M. Suarez, E. (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington. Publicación de la OPS. 35-38

20. Donas, S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS. Representación en Caracas Venezuela. *Adolesc. Latinoam.*, 1999, 222-230.
21. Valdez – Banda F., Valle – Virgen O.: Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. *Ginec Obs Mex* 1996; 64: 13- 209
22. Sáez, G. I. (1992). Sexualidad en la Adolescencia. (2da Ed.). Caracas. OPS/UNICEF. Chapter 1. 3-4.
23. Enciclopedia Médica en Español, MedlinePlus/EnciclopediaMédica/ Embarazo en la adolescencia.htm Accesada el 11 de Agosto del 2005.
24. Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México, *Gac Med Mex* 2003; 139 (Supl 1): 23-28
25. Cervantes BR. Aspectos biológicos del embarazo precoz. Lima: UNICEF/Consortio mujer.1993:8-191.
26. Arcos GE, Alberdi LM, Molina DC, Uarac UM. Madres adolescentes solteras, relaciones familiares y desarrollo psicomotor del hijo. *Rev Chil Cienc Med Biol* 1996;-6(2):87-92.
27. Herrera R., Bran J. V., Cereco R.: Resultados neonatales: ¿Es la adolescente embarazada un factor de riesgo? *Revista de Medicina Interna de Guatemala* 1998; 1(9): 14 – 16.
28. Pelaez Mendoza J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. *Rev Obstet Ginecol* 1997; 23 (1):13-7.
29. Sistema Municipal de Base de Datos, SIMBAD, INEGI.  
[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/simbad](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/simbad)

30. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Estadísticas vitales. México DF. 2000. Disponible en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

31. U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

32. June J, Díaz A. Situación de la salud materna infantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. Acciones de salud a nivel local. OPS, OMS; 1997. Citado en Revista de Enfermería del Hospital Italiano 2002. 13-16.



## ANEXO 1

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril
Presentación de protocolo	X							
Censo de expedientes		X						
Recabar expedientes		X						
Análisis de información de los expedientes			X					
Recabar información en base al instrumento				X				
Cruzamiento de variables					X			
Análisis de resultados					X			
Interpretación de resultados						X		
Formulación de reporte							X	
Presentación								X

## ANEXO 2

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

