



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA
C.H.G.Z. No. 32, GUASAVE, SINALOA**

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL IMSS. RUIZ CORTINEZ,
GUASAVE, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DR. JESUS DAVID MORALES AGRAMONT

Guasave, Sinaloa a 03 de Noviembre 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

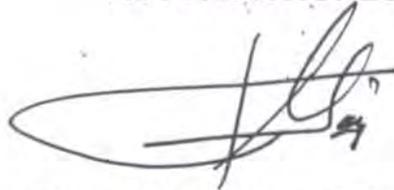
**PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE EN L.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 DEL IMSS" RUIZ
CORTINEZ" GUASAVE, SINALOA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

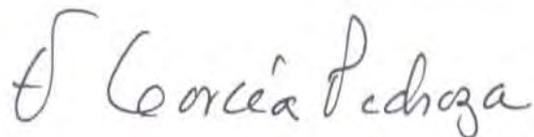
PRESENTA

DR. JESÚS DAVID AMORALES AGRAMONT

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



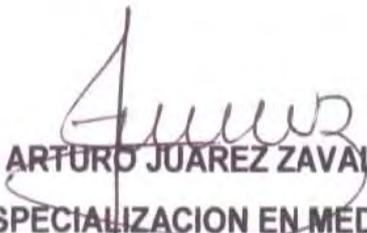
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

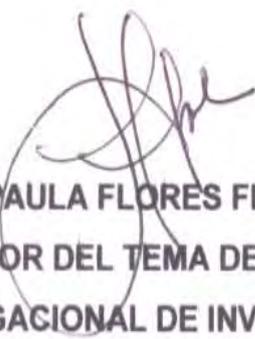
**PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL IMSS. RUIZ CORTINEZ**

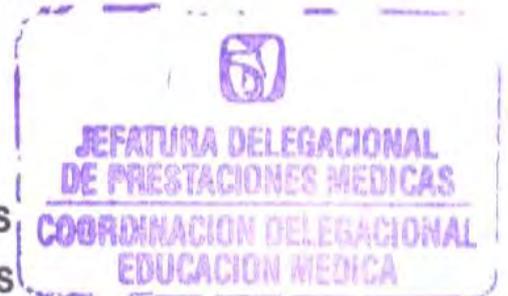
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DR. JESUS DAVID MORALES AGRAMONT

AUTORIZACIONES:


DR. RAFAEL ARTURO JUAREZ ZAVALA
PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR NUMERO 32, GUASAVE, SINALOA.


MC. PAULA FLORES FLORES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1, CULIACAN, SINALOA.



Guasave, Sinaloa a 03 de Noviembre de 2009.

INDICE

Apartado	Página
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Hipótesis.....	13
Material y métodos.....	14
Consideraciones éticas.....	19
Resultados.....	20
Discusión.....	22
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	26
Anexos.....	32
Hoja de encuesta.....	32
Gráficos.....	33
Consentimiento informado.....	37

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL IMSS. RUIZ CORTINEZ**

INTRODUCCION

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica.⁽¹⁾ Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.⁽²⁾

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante debido a que básicamente son las condiciones sociales y culturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

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 utilizar, o el uso inadecuado de anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas.^(3,4)

En los últimos tiempos se ha multiplicado el interés de las ciencias biomédicas y sociales, en el logro de un estilo de vida sano por parte de los adolescentes, especialmente en lo que se refiere a su salud reproductiva, ya que existe el supuesto erróneo del enfoque a querer “Planificar las Familias” de los adolescentes, los cuales no se identifican con este concepto.^(5,6)

Las cifras sobre las consecuencias del sexo sin protección en la adolescencia son inquietantes: alta incidencia de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados que, en muchas ocasiones, terminan en abortos inseguros que ponen en riesgo la salud de los adolescentes y afectan negativamente sus posibilidades de educación y bienestar en general.⁽⁷⁾

Estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo han documentado consistentemente prevalencias elevadas de Infecciones de transmisión Sexual entre las adolescentes, ⁽⁸⁾ lo que se suma a la evidencia existente sobre el alto número de embarazos no planeados que ocurren en este grupo de la población. ^(7,9-13)

ANTECEDENTES

La adolescencia es una etapa de rápidos cambios y difíciles empresas, en la cual el hombre experimenta repercusiones físicas y psicosociales combinadas con procesos del desarrollo, tales como: independización de los padres, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de responsabilidades sociales e individuales. El adolescente se enfrenta a complejas dificultades concernientes a su evolución como ser humano, a la vez que decide su sexualidad, aprende el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escoge cómo participar en los diversos tipos de actividades sexuales, descubre la manera de identificar el amor y asimila los conocimientos requeridos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

Es evidente que la incidencia de gestaciones en esta etapa de la vida se ha incrementado y que debido a ello la conducta sexual de los adolescentes constituye un tema de grandes especulaciones, pero de poco estudio.^(14,15)

Tanto el embarazo no deseado como el aborto han ido aumentando proporcionalmente y las adolescentes quedan embarazadas antes de llegar a las edades apropiadas; por eso es necesario analizar los antecedentes y aspectos de la vida familiar y personal que intervienen en estos casos, incluidos los referentes al sexo y la concepción.⁽¹⁶⁾

Lamentablemente las costumbres y hábitos culturales de nuestra sociedad los varones tienen el falso criterio de que la responsabilidad de buscar un método anticonceptivo corresponde a su compañera, y que de producirse un embarazo no deseado el incidente no es de su incumbencia.^(17,18)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los ´80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto. En España, a partir de los años ´80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una

situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "*problema*", ello limita su análisis. En todo caso, esta "*problematización*" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes.

Además, el considerarlo un "*problema*", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "*salud integral del adolescente*". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.⁽⁶²⁾

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica ⁽¹⁾.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una

menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población.⁽²¹⁾ En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8%.⁽²²⁾

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos.^(23,24) En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile⁽²⁵⁾, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica⁽²⁸⁾, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos⁽²⁶⁾.

La última estadística presentada por el Ministerio de Salud de Chile informa que durante el año 1999 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16,1% del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud de nuestro país.^(22,27,28)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma.^(29, 30, 31)

Por lo que se refiere a los embarazos no planeados, las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en

México tienen un bebé,⁽³²⁾ y de acuerdo con algunos estudios, en la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento.⁽³³⁾

Muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras tienen consecuencias negativas tanto sociales^(34,35) como físicas para madres e hijos.^(38,39,40) Se sabe que, por lo menos, 14% de estos embarazos terminan en aborto, los cuales son inseguros debido a que en México se encuentran penalizados.^(41,42,43)

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.⁽⁴⁴⁾

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%.^(45,46,47,48)

Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas^(21,22,28, 29, 45,46,47)

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.^(29, 48)

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.⁽⁴²⁾ En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.^(49,50)

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%.^(51,52,53,54)

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas.^(55, 56) Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo.⁽⁵⁷⁾

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto.⁽¹⁾ Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas.^(12, 41, 50, 58)

Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada

principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco ^(1, 50)

Como se ha mencionado anteriormente, la existencia de desproporción céfalo pélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes. ^(21,28)

Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. ⁽⁶⁰⁾

En la actualidad existe una tendencia a las regulaciones menstruales, de las cuales el 60 % corresponden a abortos inducidos, por los conocimientos insuficientes o erróneos y la falta de orientación sexual. De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes es deficiente, pues a pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven, este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia. ⁽⁶¹⁾

Los jóvenes son particularmente vulnerables. Cada año se producen más de 100 millones de ITS curables, y una parte importante de los 4,1 millones de casos nuevos de infección por VIH se da entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las ITS, incluida la infección por VIH, así como la coacción y violencia sexuales, son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes con una vida sexual activa. ^(61,62)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estadísticas gubernamentales indican que cada año más de 400 mil adolescentes en México tienen un bebé, y la mayoría de los casos habrían preferido no tenerlo en ese momento. Muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras tienen consecuencias negativas tanto sociales como físicas para madres e hijos. Se sabe que, por lo menos, 14% de estos embarazos terminan en aborto, los cuales son inseguros debido a que en México se encuentran penalizados. 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. Las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, recién nacidos de bajo peso de nacimiento, desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas.^(32,33,34-40, 41, 50, 58)

Por tal motivo nos interesa obtener ¿Cuál es la prevalencia de embarazo en las Adolescentes derechohabientes atendidas en la Clínica de Medicina Familiar No. 9 del IMSS en el 2009?, para llevar su control prenatal con mayor énfasis y vigilancia.

JUSTIFICACION

La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de modelos sociales y culturales. Es la etapa más conflictiva en la relación entre padres e hijos. Cada adolescente debe tomar decisiones con respecto a la expresión sexual, que va desde la abstinencia total, hasta la máxima promiscuidad. Esta fase del desarrollo del joven depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos.^(23,24) En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile ⁽²⁵⁾, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica ⁽²⁸⁾, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos ⁽²⁶⁾., España reporta una tasa del 30,81 en 1996. En México la tasa reportada al 2006 es del 14% de los embarazos.⁽⁴¹⁾

Es por ello que nos motiva a investigar y obtener la prevalencia de embarazo en nuestra población adolescente, ya que no hay estudios previos sobre esta problemática a nivel local ni regional, así analizar la situación y con estudios posteriores aplicar estrategias y medidas necesarias para abordar a nuestros adolescentes con el fin de que tengan una orientación y vida sexual sana.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

-Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Ruiz Cortines, Guasave, Sinaloa.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

-Determinar la frecuencia de las que utilizaron algún método de planificación familiar.

-Identificar la edad de inicio de vida sexual activa mas frecuente.

-Identificar la ocupación, escolaridad, estado civil con mayor frecuencia.

-Identificar si existe la presencia de Infecciones de Transmisión sexual acompañantes al embarazo.

-Evaluar el grado de conocimiento sobre sexualidad con que cuentan las adolescentes embarazadas.

HIPOTESIS

-Los resultados a obtener, son similares o aún mayores a los reportados en otros estudios realizados a nivel nacional.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Estudio Descriptivo.

Diseño de investigación: Encuesta descriptiva: Observacional, prospectiva, transversal.

Población en estudio: Pacientes adolescentes embarazadas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la unidad de medicina familiar.

Área de estudio: Gineco-obstetricia y Medicina Familiar.

Ubicación tiempo-espacio: enero a junio de 2009, el estudio se realizo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar numero 9, ubicado en Ruiz Cortines, Guasave, Sinaloa.

Muestra:

Tipo de muestra: Aleatoria simple, con selección de los pacientes al azar por conveniencia, según acudieron a la consulta al consultorio de medicina familiar a control prenatal hasta completar la muestra.

Nivel de confianza (alfa) del 95% y error (OR) \pm 5%.

Tamaño de la muestra: fue de 81 pacientes, que corresponden al 7.2% de la población femenina adolescente, ya que son 1155.

Criterios de inclusión:

- Se incluyeron a las pacientes adolescentes embarazadas.
- Que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar numero 9.
- Que se encuentren en control prenatal en la institución.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no quisieron participar en la encuesta.

Criterios de eliminación:

-Se eliminaran encuestas incompletas.

VARIABLES:

Variable	Tipo de variable	Indicador	Definición conceptual y Escala de medición	Descripción operacional
Edad	De interés primario	Respuesta en años	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Numérica
Semanas de gestación	De interés primario	Respuesta con número de semanas	Tiempo transcurrido desde la fecha de ultima regla hasta el momento de la consulta. (1-42)	Numérica
Ocupación	De interés secundario	Registrar la ocupación del individuo.	Acción y resultado de ocupar u ocuparse.	Nominal
Estado Civil	De interés secundario	Registrar si es soltero, casado, viudo, separado, unión libre	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.	Nominal
Último grado escolar cursado	De interés secundario	Registrar el último grado escolar que cursa o curso	Se refiere a el grado escolar que se encuentra cursando o el ultimo que curso la paciente.	Nominal
Conoce los métodos de planificación y como funcionan?	De interés secundario	Registrar si los conoce y sabe como funcionan con 1=SI, 2=NO	Los métodos anticonceptivos son sustancias inter-genésico, dispositivos o técnicas utilizadas para regular la capacidad reproductiva de una persona de manera temporal o permanente.	Dicotómica
Utilizó algún método de planificación familiar?	De interés primario	Registrar si utilizo algún método de planificación	1)Métodos Hormonales, 2)Dispositivos intrauterinos, 3)De barrera y espermicida,	Dicotómica

		familiar 1=SI, 2=NO	4)Observación de la fertilidad, 5)Método lactancia y amenorrea, 6)Métodos tradicionales.	
A que edad inicio vida sexual activa?	De Interés primario	Registrar la edad en años cumplidos (10-19)	Edad a la que un individuo mantiene relaciones sexuales por primera vez.	Numérica
Ha padecido o padece alguna Enfermedad de Transmisión sexual?	De interés secundario	Registrar si padece o padeció alguna ITS: HIV, Hepatitis, herpes genital, Chancroide, sífilis, Clamidiasis, Gonorrea, Trichomoniasis, linfogranuloma venéreo	Si la persona fue o es portador de una de las infecciones de transmisión sexual mencionadas	Nominal
Tx. Medico actual	Auxiliar	Registrar nombre del medicamento	Si la paciente toma algún tratamiento durante el embarazo (0=NO, 1=SI)	Dicotómica

Instrumento de recolección de datos:

-Se aplicó una encuesta compuesta por un cuestionario con datos de identificación del paciente, donde se registró número de afiliación, nombre, edad, Domicilio, ocupación, estado civil, escolaridad, si conoce los métodos de planificación familiar y los conoce, si utilizo algún método de planificación familiar, si saben como se utiliza, si toma algún tratamiento medico, edad de inicio de relaciones sexuales, si ha presentado alguna complicación del embarazo, número de embarazo, si el embarazo fue planeado, consumo de alcohol o tabaco o alguna droga, en una sola ocasión posterior a la explicación del proyecto y a la aceptación de firmar el consentimiento informado.

Método para la recolección de datos:

-Se aplicó la encuesta de manera directa por el responsable del proyecto a las pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta externa de medicina familiar.

Procedimiento estadístico:

-Se revisaron los cuestionarios para calificar si estaban completas y se capturaron las variables en el programa estadístico SPSS 13 obteniendo medidas de tendencia central y dispersión, la prevalencia de embarazo en las adolescentes, así como la correlación de las variables al obtener una significancia estadística del 95% cuando la $p < 0.05\%$ entre ellas mismas. Las cifras obtenidas se graficaron en el programa de Excel de Microsoft Office.

Cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA
Elaboración de protocolo.	Marzo-julio 2008
Aprobación del protocolo.	Febrero-Marzo 2009
Recolección de las Variables	Abril-Agosto 2009
Procesamiento estadístico.	Septiembre 2009
Interpretación de los resultados.	Octubre 2009
Redacción del in extenso	Enero a junio 2010
Entrega del Proyecto	Agosto de 2010

Descripción de recursos utilizados:

Humanos

-Responsable del proyecto.

-Asesor estadístico.

Materiales

-Papelería: hojas blancas, copias fotostáticas, carpetas, plumas, lápices, borradores, impresiones, engargolados.

-Equipo electrónico: Equipo de cómputo e impresora.

Físicos

-Consultorio medico equipado.

Financieros

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Copias	200	0.50	100.00
Impresión Protocolo	4 juegos	90.00	460.00
Plumas, lápices, borradores	2 de cada una	3.00	18.00
Carpetas	10	2.00	20.00
1 Equipo de computo	1	personal	No genera gastos
1 impresora	1	Personal	No genera gastos
Engargolado de protocolo	4	25.00	100.00

Total: \$698.00

-Se financiaron con recursos propios del responsable del proyecto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

-Se respetara la individualidad y la integridad de los pacientes al no revelar ni hacer mal uso de los datos registrados en los expedientes Clínicos del archivo clínico.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con ultima reforma publicada 12/01/2006 y al Código de la declaración de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

Se entregara formato de consentimiento informado al paciente para ser requisitado y anexarlo a la encuesta previa información del proyecto por el entrevistador.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 81 adolescentes embarazadas, que representa al 0.61% de la población total adscrita, al 3.55% de los adolescentes y al 7.1% de las mujeres adolescentes. La edad promedio fue de 15.81 años ($DS=\pm 1.34$), la distribución por edad fue de 14 años 9% (n=7), 15 años 32% (n=26), 16 años 31% (N=25), 17 años 26% n(=21), 18 años 2% (n=2). Primer embarazo el 96.3% (n=78), segundo embarazo 3.7% (n=3). Por tiempo de gestación fue Primer trimestre 9% (n=7), segundo trimestre 39% (n=32), tercer trimestre 52% (n=42) al aplicar la encuesta. Por ocupación 49% son amas de casa, 51% son estudiantes.

La distribución por escolaridad fue de primaria trunca 2% (n=2), primaria completa 25% (n=16) secundaria trunca 20% (n=12) secundaria completa 42% (n=34), preparatoria trunca 15% (n=12), preparatoria completa 6% (n=5). La distribución por estado civil es unión libre 98% (n=79), casada 2% (n=2). La distribución por domicilio, el 26% (n=21) son de la sede de la clínica (Ruiz Cortines), 14% (n=11) del ejido Batamote, 9% (n=7) de Ejido el Gallo, 28% (n=23) de Ejido Gabriel Leyva Solano, 4% (n=3) Ejido el tajito, 5% (n=4) de Ejido Figueroa, 2% (n=2) de Ejido la Guamuchilera, 2% (n=2) ejido 38, 2% (n=2) ejido Morelos, 2% (n=2) ejido Miguel Alemán.

En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales el 20% corresponde a 14 años, el 31% (n=25) a 15 años, el 28% (n=23) a 16 años, el 20% (n=16) a 17 años y el 1% (n=1) para 18 años.

El 68% (n=55) refiere que tiene información sobre los métodos de planificación familiar y sabe como utilizarlos, 32% (n=26) refiere desconocer dicha información. El 66% (n=54) refiere utilizo algún método de planificación familiar, de estos el 36% (n=29) utilizo métodos hormonales ya sea oral o inyectable, el 30% (n=25) utilizo métodos de barrera.

El 6% (n=5) de las adolescentes entrevistadas refieren estar cursando o haber cursado con alguna enfermedad de transmisión sexual, de estas el 60%

(n=3) fueron cervicovaginitis por *Trichomona Vaginalis*, 20% (n=1) por Herpes genital, 20% (n=1) Blenorragia. Solo el 80% (n=4) refiere se encuentra en tratamiento medico actual, agregado al que se le indica para su control prenatal.

Se reportan como factores de riesgo presentes en estas pacientes para complicación del embarazo los siguientes: bajo peso de la paciente 6% (n=5), síndrome anémico 9% (n=7), padecimientos Hipertensivos 4% (n=3), antecedente de bajo peso en embarazos previos 1.23% (n=1), amenaza de aborto o parto pretermino 14% (n=11). El 72% (n=59) de estos embarazos fueron no planeados. El 4% (n=3) consume alguna sustancia nociva para el embarazo-producto.

DISCUSION

La información sobre sexualidad que el adolescente posee es el bagaje con el que tendrá que sobrellevar este periodo de profunda transformación. Pero a menudo la información está desvirtuada, por lo que lleva al joven a estereotipar situaciones e infravalorar matices individuales. Se ha demostrado que en los adolescentes hay interés por conocer más sobre las enfermedades de transmisión sexual, y temas como el aborto, planificación familiar, fisiología humana, salud reproductiva, mas sin embargo toda esa información queda dispersa en los pubertos al no darle una aplicación en el vivir diario, aunque en su mayoría si tienen un fuerte impacto sobre el desarrollo de la sexualidad en los adolescentes.

Los adolescentes (10-19 años) y jóvenes (20-24 años) de hoy en día constituyen la futura generación de padres, trabajadores y líderes, por lo que se les debe brindar todo tipo de apoyo, en particular por parte de la familia, la comunidad y el gobierno comprometido con su desarrollo. A medida que la modernización económica, la urbanización y los medios de comunicación cambian las expectativas, el comportamiento de los adolescentes y jóvenes se adapta a nuevas formas de vida, lo que pudiera resultar inconveniente, doloroso, inevitable e ineludible.

Se hace necesario, por tanto, que los adolescentes y jóvenes tomen conciencia del peligro inminente que representa el comienzo en edades tempranas de las relaciones sexuales, y mucho más si estas son desprotegidas, pues pudieran terminar en riesgosos abortos, en contraer una Infección de Transmisión Sexual incluyendo el VIH/SIDA y embarazos no deseados, con la consiguiente afectación a la madre o al producto de la concepción, por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos.

Comparando la epidemiología nacional publicada en estudios previos, se observa que la comparación es menor en esta población que la de estados del sur del país, donde las cuestiones culturales tienen un mayor arraigo e

influencia para que los adolescentes inicien precozmente su vida sexual y se presenten embarazos no planeados y no deseados.

CONCLUSIONES

Se encontró que la prevalencia de embarazo en adolescentes es de 7.1 casos por cada 1000 adolescentes. El inicio de relaciones sexuales a corta edad es alto mas sin embargo el acto no se lleva a cavo con la responsabilidad ni la planificación adecuada, ya que casi dos terceras partes de los embarazos son no planeados

El grado escolar es bajo, mas sin embargo la cultura de iniciar una familia a tan temprana edad sigue teniendo mayor fuerza que las campañas y programas educativos y de difusión que manejan las instituciones tanto académicas y de salud de nuestro país. Con ello se puede comprobar que la información que reciben los adolescentes no trasciende ni se ve reflejada en su vida futura inmediata.

No se pudo evaluar el grado de conocimiento sobre sexualidad, mas sin embargo observando los resultados arrojados se puede constatar con facilidad que es deficiente o los jóvenes tienen una influencia inadecuada de la comunidad en general en su entorno, por lo que los conocimientos adquiridos son distorsionados, y los resultados obtenidos, lamentablemente también son los menos apropiados, ya que cursar con un embarazo a temprana edad, implica un mayor numero de complicaciones y riesgos para el binomio, que en algunos casos tienen desenlaces fatales.

Los compromisos morales y sociales que implica el embarazo en una etapa con tanta inestabilidad, lleva a estos jóvenes a círculos de problemáticas y disfunciones familiares los cuales en su vida futura limita llevar un entorno de familiar estable.

Se llega a la conclusión con todo lo anterior que la prevalencia de embarazo en adolescentes sigue siendo elevada, por ser pacientes de alto riesgo ameritan una vigilancia médica mayor, y tratar las complicaciones tanto en la madre como en el producto amerita la utilización de recursos humanos y económicos elevados. Por lo que el abordaje a los jóvenes sobre sexualidad,

valores y una formación adecuada desde el hogar debe ser intensivo y de una manera adecuada, para ello se requiere la capacitación de los padres y maestros por parte del personal sanitario y de salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia 1994; 1(2): 70-2.
- 2.-Forrest JD: Timing of reproductive life stages. Obstet Gynecol 1994; 82: 105.
- 3.-Pelaez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(19):11-5.
- 4.-Wolk LI, Rosebaum R. The benefits of school-based condom availability: cross sectional analysis of a comprehensive—high school-based program. JAdolescent Health 1996;17(3):184-8.
- 5.-Garita Arce, Carlos E. y Vargas Obando, Gineth. Adolescentes de asentamientos en precario urbano: representaciones sociales de su situación socioeconómica (asentamiento La Lucía). Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología. San José, C.R. : UCR, Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología, 1989.
- 6.-Krauskopf, Dina. Informe Nacional sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia costarricense. San José, C.R.: Fondo de Población de Naciones Unidas, agosto de 1997.
- 7.-Los jóvenes y el VIH/sida. Una oportunidad en un momento crucial. Ginebra: UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002.
- 8.- World Health Organization. Herpes simplex virus type 2 programmatic and research priorities transmitted infections in developing countries. Ginebra: WHO, 2001.
- 9.-American Academy of Pediatrics. Condom use by adolescents. Pediatrics 2001;107:1463-1469.
- 10.-American Academy of Pediatrics. Condom use by adolescents. Pediatrics 2001;107:1463-1469.

- 11.- Kotchick B, Shaffer A, Forehand R, Miller K. Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clin Psychol Rev* 2001;21:493-519.
- 12.- United Nations Population Found. Valorizar a 1 000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos. New York: UNFPA, 2003.
- 13.- World Health Organization. Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. Ginebra: WHO, 2001
- 14.- Masters WH, Thompson VE, Kilondy RC. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico Técnica,1988; t 1, vol 2:115-20.
- 15.- Alvarez Lajonchere C. Compilación de artículos sobre educación sexual. La Habana: ICL, 1978:3-19.
- 16.- Kilondy RC, Masters WH, Thompson VE. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1998; t 1, vol 1:283-314.
- 17.- Chirinos de Cova MA. Embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enferm* 1992;8(1):50-62.
- 18.- Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas JA, Fernández Mirabal JE. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987; t 2:140-53.
- 19.- Kegeler SM. Sexually active adolescent and condoms: changer over one year in know todge attitudes and use. *Am J Public Health* 1988;78:460-6.
- 20.- Henskaw SK, Kost K. Prenatal envolument in minors abortin decisiones. *Fam Plann Perspect* 1992;24(2):196-213.
- 21.- Padilla de Gil: Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Rev Sogia* 2000; 7(1): 16-25.

- 22.- Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev Méd Chile 1999; 127: 437-43.
- 23.- Sulak PJ, Haney AF: Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 2042-8.
- 24.- National Center for Health Statistics. Advance report of final nataly figures 1990. Monthly Vital Statistics Report. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41.
- 25.- Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterraneo Ltda, 1992; 179-84.
- 26.- Chelala C: Concem grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.
- 27.- Anuario de estadísticas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Salvador.
- 28.- Montero A, Matamala M, Valenzuela M: Principales características biosicosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev Sogia 1999; 6: 10.
- 29.- Satin A, Leveno K, Sherman L, Reedy N, Lowe T, McIntire D: Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyong the teen years. AmJObstetGynecol 1994; 171(1): 184-7.
- 30.-Villanueva LA, Pérez MM, Martínez H, García E: Características obstétricas de la embarazada adolescente. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: 356-60.
- 31.- Hollingsworth DR, Kreutner AK: Teenage pregnancy. N Engl J Med 1980; 304: 516.

32.- Estados Unidos Mexicanos. Perfil sociodemográfico. XII Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI, 2000.

33.-Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Mex 2003;Suppl 1:S92-S102.

34.- Felice M, Feinstein R, Fisher M, Kaplan D, Olmedo L, Rome E, *et al.* Adolescent pregnancy current trends and issues: 1998. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 1998-1999. Pediatrics 1999;103:516-520.

35.- Organización Panamericana de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recomendaciones para la atención integral de adolescentes. Buenos Aires: OPS/FNUAP, 2000.

36.- Langer A, Harper C, García-Barrios C, *et al.* In Mexico, women make desperate attempts to induce abortion. Prog Hum Reprod Res 1994;29:5.

37.- Mexico. The debate and its demands. GIRE 1998;18:5.

38.- Barnet B, Arroyo C, Devoe M, Duggan A. Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:262-268.

39.-_Torres Pilar, Walker Dilys M., Gutiérrez Juan Pablo, Bertozzi Stefano M.. Estrategias Novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes Escolarizados Mexicanos. Salud pública Méx. [periódico en la Internet]. 2006 Ago [citado 2008 Jul 22] ; 48(4): 308-316. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005&lng=es&nrm=iso.

40.- Carrillo, Ma. de los Angeles. Hijos sin afecto, madres sin apoyo. En: Otra mirada. Año 1, Nº 1. Enero - Febrero, San José, Costa Rica: Centro Mujer y Familia, 1997.

- 41.- Martínez E et al: Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Rev Chil Obstet Ginecol 1985; 50(2): 127-39.
- 42.- Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T: Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Rev Sogia 1998; 5(1): 17-28.
- 43.- Jolly MC, Segire N, Harris J, Robinson S, Regan L: Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol 2000; 96(6):962-6.
- 44.- Jiménez R, Cazenave H, Perucca E, Pavez A, Loyola E: Eclampsia en Hospital Regional de Rancagua. Rev Chil Obstet Ginecol 1992; 57(2): 67-71.
- 45.- Gajewska M, Karwan-Plonska A, Skrzos-Buciak M, Wiater E: Analysis of pregnancy course and delivery in girls below 19 years of age. Ginekol Pol 2000; 71(8):658-62.
- 46.- Akinbami LJ, Schoendorf KC, Kiely JL: Risk of preterm birth in multiparous teenagers. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154(11): 1101-7.
- 47.- Orvos H, Nyirati I, Hajdu J, Pal A, Nyari T, Kovacs L: Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? J Perinat Med 1999; 27(3): 199-203.
- 48.- Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(2): 116.
- 49.- Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(2): 116.
- 50.- Pelaez J: Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. Rev Sogia 1996; 3(1): 13-16.
- 51.- Oyarzún E: Rotura prematura de membranas. Alto riesgo obstétrico. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile 1996; 97-112.
- 52.- Stewart A: Adolescent pregnancy. Lancet 1990; 335(8685): 356.
- 53.- Adolescent pregnancy. Lancet 1989; 2(8675): 1308-9.

- 54.-Kumbi S, Isehak A: Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr.Med-J.1999;76(3): 138-40.
- 55.-Thame M, Wilks R, Matadial L, Forrester TE: A comparative study of pregnancy outcome in teenage girls and mature women. West Indian Med J 1999; 48(2): 69-72.
- 56.- Castro S: Adolescente embarazada: Aspectos orgánicos. Embarazado en adolescentes. Diagnóstico 1991. 1ª ed. Chile: SERNAM UNICEF, 1992
- 57.- Andersen NE, Smiley DV, Flick LH, Lewis CY: Missouri rural adolescent pregnancy project (MORAPP). Public Health Nurs 2000; 17(5): 355.
- 58.- Ziadeh S: Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. Arch Gynecol Obstet 2001;265(1):26-9.
- 59.- Barton JR, Stanziano GJ, Jacques DL, Bergauer NK, Sibai BM: Monitored outpatient management of mild gestacional hypertension remote from term in teenage pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1995; 173(6): 1865-8.
- 60.-Cordoví Fiffe YM. Comportamiento sexual y reproductivo de adolescentes y jóvenes de un área de salud. Tesis para optar por la Especialidad de I Grado en Medicina General Integral. Facultad "Calixto García", Ciudad de La Habana, 2003.
- 61.-Alba Cortés Alfaro,¹ Yuliet Marleidys Fiffe,² René García Roche,³ Alina Mezquía Valera⁴ y Dania Pérez Sosa⁵.Rev Cubana Med Gen Integr vol.23 no.1 Ciudad de La Habana Jan.-Mar. 2007
- 62.-García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

ANEXOS

HOJA DE ENCUESTA

PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL IMSS. RUIZ CORTINEZ

No. De encuesta _____

1.-No. de Afiliación: _____

2.-Nombre: _____

3.-Edad: _____

4.- Domicilio: _____

5.- Estado Civil: 1) soltero 2) Casado 3) Divorciado o separado

4) Viudo

5) Unión libre

6.-Último grado escolar cursado: _____

7.-Ocupación: _____ 8.-Semanas de gestación: _____

9.- Conoce los métodos de planificación familiar y como funcionan? 1.-SI ___ 2.-NO ___

10.- Utilizó algún método de planificación familiar (anticonceptivo): 1.-SI ___ 2.-NO ___

1)Métodos Hormonales _____ 2)Dispositivos intrauterinos _____

3)De barrera y espermicida _____ 4)Observación de la fertilidad _____

5)Método lactancia y amenorrea _____ 6)Métodos tradicionales _____

11.-Sabes como se utilizan: Si: _____ No: _____

12.-Ha padecido o padece alguna Enfermedad de Transmisión sexual? 1.-SI___ 2.-NO ___

1)HIV ___ 2)Hepatitis ___ 3)Herpes genital ___ 4)Chancroide ___ 5)sífilis ___

6)Clamidiasis___ 7)Gonorrea ___ 8)Trichomoniasis ___ 9)linfogranuloma venéreo___

13-Tratamiento médico actual 1.-SI _____ 2.-NO _____

Cual: _____

14.-A que edad empezó a tener relaciones sexuales: _____

15.-Número de embarazo: Uno: _____ dos: _____

16.-Ha presentado alguna complicación durante su embarazo:

Si:___ No:___ ¿Cuál?: _____

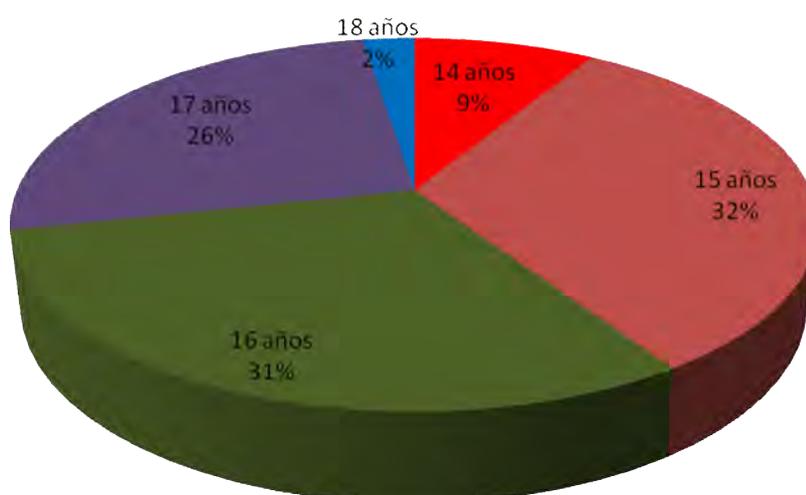
17: Peso:_____ Talla:_____ IMC:_____

18.-Su embarazo fue planeado: si: _____ No: _____

19.- Consume alcohol, tabaco o alguna droga: SI:___ NO: _____

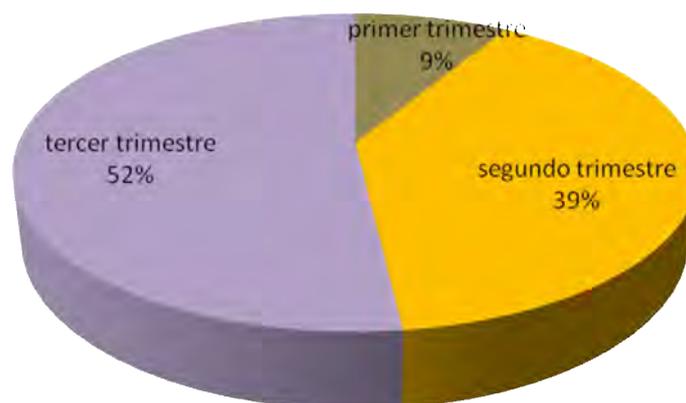
Cual: _____

Gráfico No. 1.- Distribución de pacientes por edad.

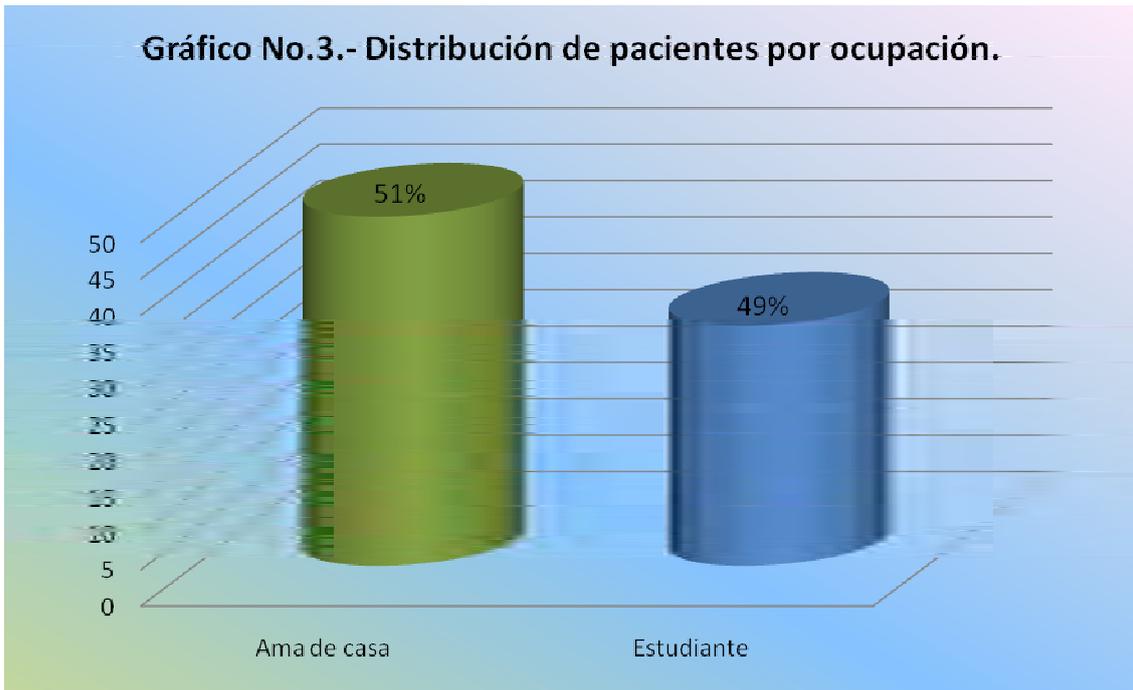


Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

Gráfico No.2.- Distribución de pacientes por edad gestacional al momento de la entrevista.

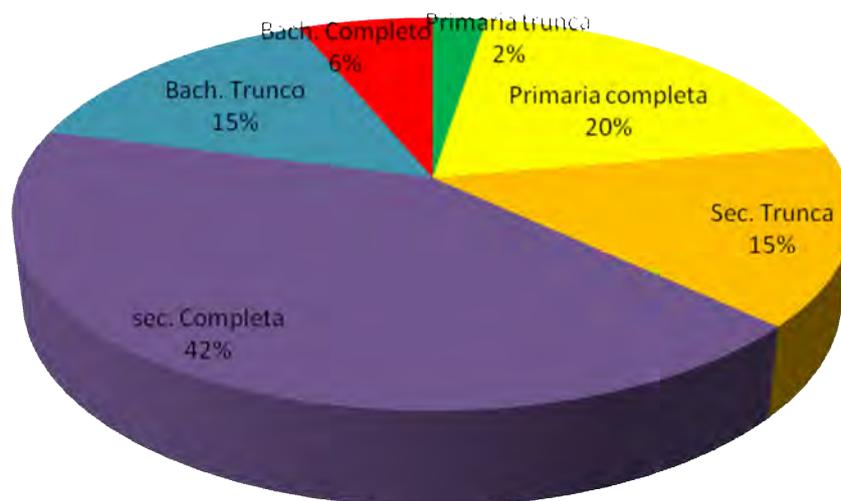


Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

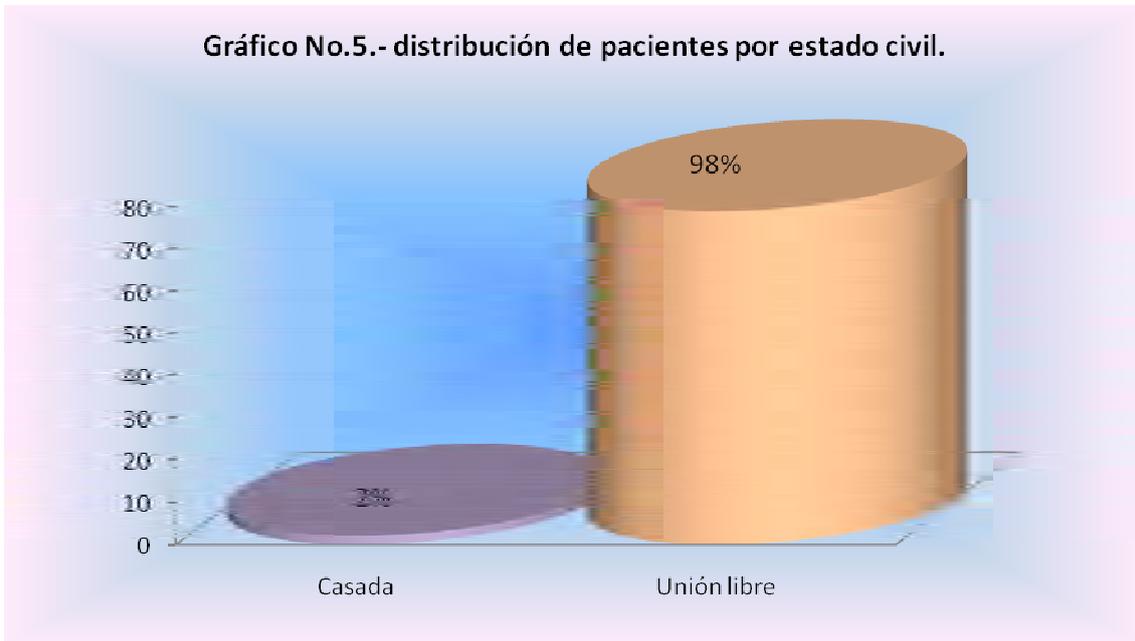


Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

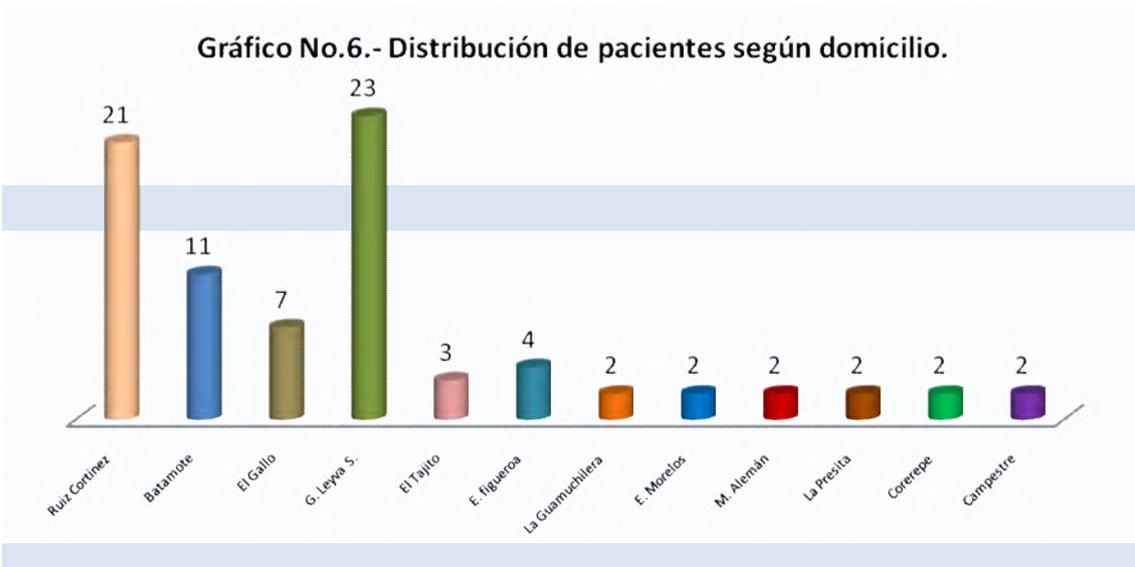
Gráfico No.4.-Distribución de pacientes por grado de escolaridad.



Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

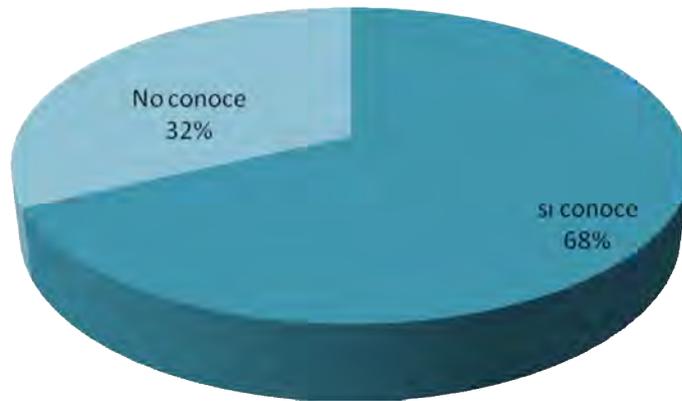


Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.



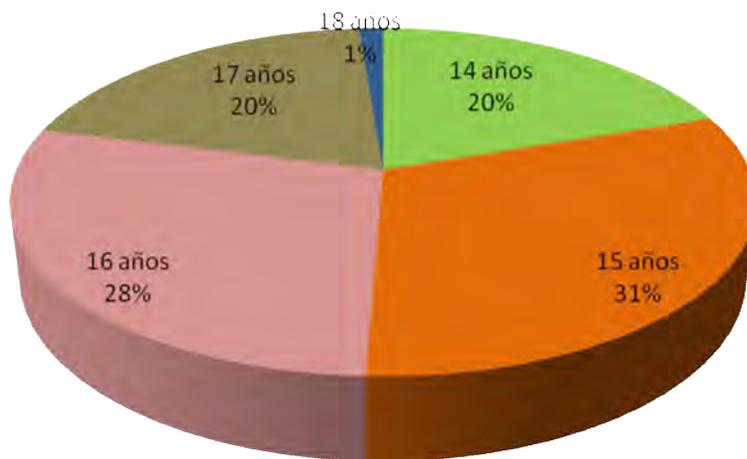
Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

Gráfico No. 7.- Distribución de pacientes según refieren información sobre métodos de planificación familiar.



Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

Gráfico No.8.- Distribución de pacientes según edad de inicio de vida sexual activa.



Fuente: Encuestas aplicadas por el investigador.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9, RUIZ CORTINES,
GUASAVE, SINALOA

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por el Dr. JESUS DAVID MORALES AGRAMONT, residente de Medicina Familiar, sobre el propósito del protocolo de estudio PREVALENCIA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9, RUIZ CORTINES, GUASAVE, SINALOA, donde se respetara el anonimato de mi persona, así como de mi familia y que toda información que genere será para beneficio en que los resultados derivados de la presente investigación nos servirán para intentar mejorar la calidad en la atención que otorgamos a nuestros pacientes.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

Firma o huella digital del paciente

Firma Testigo

Lugar y Fecha: _____