



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”

Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en el HGO4 “Luis Castelazo Ayala”

TESIS

Para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia

Presenta

Dra. Aminta Montoya Cázarez

Tutores:

Dr. Jaime Blanquet García
Dr. Sebastián Carranza Lira

México DF

Febrero, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala”

TESIS

**Características sociodemográficas de la adolescente
embarazada en el HGO4 “Luis Castelazo Ayala”**

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez
Director General

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer
Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Jaime Blanquet García
Tutor de tesis

Dr. Sebastian Carranza Lira
Jefe de División de Educación en Salud
Tutor de tesis

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Tí que estás leyendo esto y me dedicas unos minutos de tu tiempo.

Gracias Mamá y Papá por todo su amor, por creer en mí, apoyarme y ayudarme a cumplir este sueño, por darme alas fuertes y firmes para volar, son mi mayor ejemplo y mi mejor modelo a seguir. Los AMO!

Gracias Hermanos (Ale y Frank) por su sus porras, su cariño y hacerse siempre presentes a pesar de la distancia

Gracias Personita especial y amigos por acompañarme y nunca dejarme sola.

Gracias Gineco 4, Gracias Doctores, Gracias Maestros.

Y sobre todo, Gracias DIOS que no te equivocas y con tu plan perfecto me pusiste en el lugar correcto, en el momento correcto, las personas correctas.

Gracias por este momento en su perfección.

INDICE

I. RESUMEN	5
II. ANTECEDENTES	6
III. JUSTIFICACIÓN	14
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
V. OBJETIVOS	16
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	17
VII. VARIABLES	19
VIII. ANALISIS ESTADÍSTICO	21
IX. ASPECTOS ÉTICOS	22
X. RESULTADOS	23
XI. DISCUSIÓN	25
XII. CONCLUSIONES	27
XIII. RECOMENDACIONES	29
XIV. ANEXOS	30
XV. BIBLIOGRAFÍA	32

I. RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescente es un problema de salud pública, asociado a factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo.

Objetivo: Identificar en las pacientes adolescentes embarazadas las principales características sociodemográficas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional que tuvo como población a todas las pacientes embarazadas entre los 10 y 19 años del HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” en el periodo de junio 2012 a enero 2014. Se recolectaron los siguientes datos: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, edad de inicio de vida sexual activa (IRS), número de parejas sexuales, uso y tipo de método de planificación familiar, gestas, partos, cesáreas y abortos.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva, consistente en medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se estudiaron 608 adolescentes con una edad promedio de 16.7 ± 1.2 años. El 60% se encontraba en la adolescencia tardía, 50.2% eran estudiantes, 35.1% desempleadas y el 14.7% tenían empleo. El 29.5% eran solteras, 25.2% casadas y 45.3% vivían en unión libre. En 79% se trataba de su primer embarazo. La edad de inicio de vida sexual fue a los 15.0 ± 1.3 años. El 39% no había utilizado método de planificación familiar. El embarazo no fue planeado ni deseado en 78.1%. El periodo transcurrido entre que la pareja empezó a salir y tuvo su primera relación sexual fue 5.8 ± 5.5 meses. La edad gestacional estuvo entre las 8 y 44 semanas (31 ± 6.8) y en 56.7% se encontró patología asociada. La edad media de la pareja fue de 20.6 ± 3.8 años, el 84.1% trabajaba y 64.2% no tenía adicciones.

Palabras clave: embarazo, adolescentes, factores, sociodemográficos.

II. ANTECEDENTES.

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé.¹ La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) definió al periodo perinatal como el tiempo comprendido de la semana 22 (154 días) de gestación (o peso al nacer de 500 g) a los siete días después del nacimiento.²

No se dispone de datos suficientes sobre morbilidad materna pero es un hecho que en países en desarrollo miles de mujeres mueren durante el embarazo y el parto, millones sufren complicaciones a largo plazo.³

Ha sido bien documentado que las mujeres muy jóvenes, las mayores de 35 años y las que tienen cuatro hijos corren riesgo más alto que otras mujeres de morir durante el embarazo y el parto. La encuesta realizada en Matlab Bangladesh mostró que las muchachas entre 10 y 14 años exhiben una tasa de mortalidad materna casi 5 veces más alta que las mujeres de 20-24 años. Las muchachas de 15-19 años tienen una tasa de mortalidad casi dos veces más alta que la de las mujeres de 20-25 años.³

Conde-Agudelo en Latinoamérica mostró que mujeres de 15 años de edad o menores tienen un riesgo 1.5 veces más alto para muerte neonatal.⁴

En términos de atención de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un “caso especial” que necesita servicios de atención de salud específicamente diseñado para gente joven con personal de salud sensitivo a sus necesidades.⁵

Adolescencia según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 19 años.

A la adolescencia se le puede dividir en tres etapas con características diferentes:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo,

la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.

2. Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar considerado importante como una esperanza en el futuro.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.⁶

Como etapa vital en el desarrollo humano de transición entre la niñez totalmente dependiente y la edad adulta que debe formar un ser humano totalmente independiente, la adolescencia es un periodo donde el ser humano está expuesto a estímulos tanto benéficos como perjudiciales.^{4, 6}

Pueden distinguirse en general tres patrones de comportamiento sexual y reproductivo, el primero encontrado en los países desarrollados se caracteriza por el inicio de la experiencia sexual hacia mediados o fines de la etapa entre los 13 y 19 años de edad, la escasa utilización de anticonceptivos, la elevada incidencia de embarazos extramaritales no deseados, la tendencia comprobable a recurrir al aborto, el casamiento tardía, la baja fecundidad y los índices indeseables de violencia sexual. El segundo patrón (casi opuesto al anterior se caracteriza por el matrimonio a una edad que corresponde aproximadamente a la primera menstruación o menarquia y la reproducción frecuente y a temprana edad. El tercer patrón se da especialmente en ambientes urbanos y en sociedades transicionales, donde las mujeres tienen mayores oportunidades tanto sociales como educacionales y económicas, la edad para el matrimonio se eleva,

aumentan las relaciones sexuales y los embarazos pre maritales, el aborto y la fecundidad comienzan a disminuir al incrementarse el uso de anticonceptivos⁶

La maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social que repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con un riesgo latente para el niño.⁷

De acuerdo a la OMS anualmente alrededor del 11% de todos los nacidos en el mundo son hijos de adolescentes entre 15 y 19 años.⁸

Psicológicamente la adolescente se ve afectada por la ansiedad, malestar físico general, cambios físicos por el embarazo, desaprobación social, interrupción de la educación, pérdida de ingresos en el presente y futuro y la incertidumbre en cuanto atención prenatal adecuada.⁹

La adolescente embarazada presenta riesgo de muerte materna 4 veces mayor en aquellas menores de 16 años además de muchos problemas de salud con resultado perinatal adverso, anemia, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), hemorragia post parto y condiciones mentales como la depresión (OMS, 2009). En el producto se presenta con 50% de riesgo más alto para muerte neonatal temprana con altas tasas de bajo peso al nacer y parto pretérmino.^{6,10}

Entre los factores predisponentes para el embarazo en adolescente se encuentra la aparición temprana de la menarca, desintegración familiar, relaciones sexuales precoces, libertad sexual, búsqueda de una relación, circunstancias particulares como prostitución violación, incesto y adolescentes con problemas mentales. A esto se le suman factores de riesgo en el estilo de vida ya que las madres adolescentes son más dadas a comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas, alimentación deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química, así como enfermedades de transmisión

sexual relacionado con la promiscuidad y la falta de educación en estas áreas que agravan los riesgos de la adolescente embarazada.¹¹

Las jóvenes menores de 19 años muestran un comienzo tardío del cuidado prenatal y un número menor de visitas antenatales o bien no asisten por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Esto debido a que aún existen trabas en cuanto a la captación precoz de la gestación por embarazos ocultos y en otros casos por desconocimiento de la adolescente, situación que puede mejorar con el plan de la familia, al establecerse una estrecha relación con la comunidad y poder contribuir a una correcta educación sexual de las mismas y por otro lado nuestros medios de difusión masiva.^{12, 13}

Desde hace varios años en México se identificó el aumento de embarazo en adolescente por tanto cobró importancia en la agenda pública. Según INEGI en México por cada 6 nacimientos uno es de jóvenes de 15 a 19 años.¹⁴

Considerando que la primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y que esto se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes, ligado a que mientras más precoz ocurre el primer coito mayor número de parejas sexuales, lo que multiplica los riesgos. Esto tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. Y también, con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas.¹⁵

La menarca es un evento que ocurre generalmente entre los 8 y 13 años de edad, este inicio de la menstruación es un suceso decisivo de la pubertad, la maduración sexual y emocional. La disminución de la edad de la menarca es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades

más tempranas. Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarca y el parto se consideran un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarca), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido.¹⁶

La adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. Es así que a su embarazo se asocian factores que influirán en el resultado perinatal incluyendo los sociales, físicos y psicológicos. Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleo, ingreso económico reducido de por vida, mayor riesgo de separación, divorcio y abandono, así como un mayor número de hijos. De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente presentándose: abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, preeclampsia- eclampsia, bajo peso al nacer, desnutrición, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, parto prematuro, ruptura prematura de membrana, desproporción cefalopélvica, cesárea. Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.¹⁶

La disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos adecuados son decisivas para la madre y el hijo dado que la inmadurez biológica de la madre agravado por las

condiciones socio-económicas repercuten en el desarrollo del bebé, afectando a su desarrollo físico y mental subsecuente del niño con más probabilidades de mostrar defectos neurológicos como retardo mental permanente.^{9, 15}

Los adolescentes forman una parte considerable de la población mundial representando alrededor del 25% de adolescentes a nivel mundial, millones de ellos, sexualmente activos y la gran mayoría, no utiliza ningún método de planificación familiar, ni se protegen contra enfermedades de transmisión sexual. Los más expuestos son los jóvenes en los países en vías de desarrollo por ejemplo aquellos cuyo porcentaje de adolescentes con vida sexual activa varía entre el 50 y 85%. En América Latina entre el 57-92%.

En México de acuerdo a los datos de la ENSANUT y el INEGI para el 2012 se estima que el porcentaje de adolescentes entre 12 y 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza el 23% con una proporción mayor en hombres con 25.5% en relación con las mujeres con 20.5%. Del total de adolescentes sexualmente activos, el 33.4% de las mujeres no utilizaron un método anticonceptivo en la primera relación sexual. El condón se ubica entre los métodos más utilizados por los adolescentes con un 80.6% y 7.3% usó hormonales. El uso los hormonales en las mujeres más jóvenes entre los 12 y 15 años en su primera relación sexual resultó ser mayor (10.1%) que en el grupo de 16 a 19 años de edad (7.0%). Del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista. La tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años fue de 37 nacimientos por cada 1000 mujeres la cual es superior a la observada en el 2005 para ENASUT 2006 de 30 nacimientos por cada 1000 mujeres.¹⁸

Contrariamente a la idea que asocia a la madre adolescente con la madre soltera, tanto los datos censales como los provenientes de la encuesta a puérperas señalan que la

mayoría de ellas se encuentran en pareja al momento del nacimiento de sus hijos/as. En términos generales, las adolescentes tienen hijos con varones de una edad similar o que las superan en pocos años. Sólo una minoría de las adolescentes de 15 a 19 años encuestadas (5%) declaró que el padre de su primer hijo tenía 30 años o más al nacimiento del bebé, lo que podría estar indicando la existencia de situaciones de coerción sexual. Un estudio realizado hace algunos años por Pantelides (1995) indicaba que el 80% de las madres de 9 a 13 años habían tenido hijos con varones que las superaban en al menos 10 años y una cuarta parte con varones al menos 20 años mayores que ellas situación que obviamente hace pensar en la posibilidad de que estemos en presencia de situaciones de abuso, violación o inclusive incesto.¹⁹

Estudios realizados por Gogna, muestran que alrededor del 75% de las madres de 17 a 18 años tenían una pareja al momento del nacimiento, siendo este porcentaje más bajo a edades tempranas (alrededor del 50% en las menores de 14 años). Se encontró que el 44.1% de los hijos nacidos vivos de adolescentes eran deseados y considerados oportunos, proporción que era mayor entre las adolescentes de más edad.²⁰

Según datos de estadísticas del año 2010 en la Argentina, el 16% de las embarazadas menores de 20 años tenían educación primaria incompleta. Gogna y cols. en su trabajo encontraron que excluían a las jóvenes que habían terminado la secundaria y a aquellas que nunca habían asistido a la escuela, el 44.2% de las encuestadas ya había dejado de asistir al momento de su primer embarazo, en cuanto al desgranamiento escolar al quedar embarazadas el 60% lo hizo antes del séptimo mes de embarazo, y adujeron principalmente razones como: “Sentir vergüenza” y “temor” a ser discriminadas.^{19, 20}

Los adolescentes utilizan conductas, que comprometen la vida como el tabaquismo, el consumo de drogas, la violencia o los intentos de suicidio para afrontar su sentimiento de depresión, el aburrimiento, el aislamiento y la falta de objetivos y perspectivas del

futuro, en cuanto a conductas adictivas se encontró que el 27.7 % de los adolescentes fuma diario, respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se encuentra que el 12.4% bebe con regularidad y el uso de drogas afecta al 5.4% de los adolescentes.²¹

La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.^{16, 22}

El embarazo y la paternidad en la adolescencia plantean en muchos casos una situación conflictiva que el equipo de salud deberá ayudar a resolver paso a paso por medio de una atención integral.²⁰

III. JUSTIFICACIÓN

La elevada y progresiva presencia de embarazo en adolescentes en la población Mexicana significa un problema de salud pública, con asociaciones que van desde los trastornos orgánicos propios de la juventud moderna, hasta factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo, clínicamente asociado a complicaciones médicas de importancia tales como preeclampsia-eclampsia, infección parto pretérmino, retardo en el crecimiento intrauterino, desproporción cefalo-pélvica, cesárea, parto con fórceps y muerte perinatal.

Debido a las repercusiones socioeconómicas y de salud estudios como este justifican su importancia, en este caso brindando información sobre el tipo la realidad de la adolescente, orientándonos en su estilo de vida y características sociodemográficas como un estudio inicial que sirva de punto de partida para futuros proyectos para programas de prevención y el abordaje de la paciente adolescente embarazada y así disminuir la morbilidad en estas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la paciente adolescente embarazada del HGO 4 “Luis Castelazo Ayala”?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar en las pacientes adolescentes embarazadas las principales características sociodemográficas.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

- ***Tipo de estudio:***

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

- ***Población, lugar y tiempo del estudio:***

Este estudio tuvo como población a todas las pacientes entre los 10 y 19 años atendidas en la clínica del adolescente del HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” de junio 2012 a enero 2014.

- ***Tamaño de la muestra:***

El total de las pacientes identificadas y capturadas en la clínica del adolescente entre los 10 y 19 años entre junio de 2012 y enero de 2014

- ***Muestreo:*** No probabilístico, por conveniencia

- ***Criterios de inclusión:***

1. Pacientes entre los 10 y 19 años que hayan tenido su vigilancia y atención obstétrica en la clínica del adolescente del HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” entre Junio 2012 y Enero 2014

- ***Criterios de exclusión:***

1. Pacientes con expedientes incompletos e ilegibles

- ***Recolección de la información:***

Los datos se recolectaron de una base de datos electrónica con la que cuenta el servicio de la clínica del adolescente en el HGO 4, posteriormente se acudió al archivo clínico para la revisión del expediente y se vertió la información a una hoja de recolección con los siguientes datos:

- **DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Morbilidad:

Definición conceptual: Es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Definición operativa: Para medir la morbilidad se utilizará la prevalencia:

Prevalencia: Es la frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido (prevalencia de período).

Escala de medición: Cuantitativa

Adolescente:

Definición operativa: Se considerará para el presente estudio a pacientes entre 10 y 19 años de edad

Escala de medición: Categórica

VII. VARIABLES

CONCEPTO: Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en el HGO 4 “Luis Castelazo Ayala”

Variable	Concepto y Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de hoy, se expresa en años. Esta información se obtiene del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	10-13 = 1 14-16 = 2 17 - 19 = 3
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cualitativa	Nominal	Analfabeto = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Preparatoria = 3 Técnico = 4 Universidad = 5
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	Cualitativa	Nominal	Estudiante =1 Desempleada=2 Empleada=3
Edo. Civil	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Soltero = 0 Casado = 1 Unión Libre = 2 Divorciado = 3 Separado = 4
Inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal	
Parejas sexuales	Número de personas con las que se han tenido relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal	1 = 1 2 - 5 = 2 > 5 = 3
Uso de MPF	Si la paciente utilizaba algún método para evitar embarazo	Cualitativa	Dicotómica	No = 0 Si = 1
Tipo de MPF	Que método utilizaba para prevenir embarazo	Cualitativa	Nominal	Preservativo = 0 DIU = 1 AO = 2 AE = 3 Otros = 4
Gesta	Número de embarazos	Cualitativa	Nominal	
Estado civil de los padres.	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Soltero = 0 Casado = 1 Unión Libre = 2 Divorciado = 3 Separado = 4 Viudo = 5
Ingreso Mensual	Ingreso monetario recibido al mes	Cuantitativa	Nominal	
Tipo de vivienda	Si el lugar donde habita es propio, rentado o prestado	Cualitativa	Nominal	Propio = 1 Prestado = 2

				Rentado =3
Adicción en ella	Si la paciente consume o consumió algún tipo de droga o estupefaciente.	Cualitativa	Dicotómica	Ninguna = 1 Alcohol = 2 Tabaco = 3 Drogas = 4
Adicción en la pareja	Si la pareja consume o consumió algún tipo de droga o estupefaciente.	Cualitativa	Dicotómica	Ninguna = 1 Alcohol = 2 Tabaco = 3 Drogas = 4
Edad de la pareja	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de hoy, se expresa en años. Esta información se obtiene del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	
Ocupación de la pareja	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	Cualitativa	Nominal	Estudiante =0 Desempleada=1 Empleada=2
Embarazo deseado	Si la paciente desea el embarazo	Cualitativa	Dicotómica	No = 0 Si = 1
Menarca	Primera menstruación	Cuantitativa	Nominal	--
Tiempo entre que la paciente se conoció y que inicio vida sexual juntos	Periodo de tiempo entre que la paciente se conoció y que inicio vida sexual juntos.	Cuantitativa	Nominal	--

VIII . ANALISIS ESTADÍSTICO

- *Análisis de datos*

Se utilizó estadística descriptiva consistente en medidas de tendencia central y dispersión

IX. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apega a lo establecido en los acuerdos de Helsinki en lo referente a estudios observacionales así como los principios de Belmont con respecto al derecho de los pacientes, justicia y su beneficio.

Considerado como un estudio sin riesgo ya que no se tomaron muestras biológicas ni se les administro o modificará el tratamiento médico, éste proyecto no afecta su seguridad, integridad ni pondrá en riesgo la persona. No amerita consentimiento informado.

Fue autorizado por el CLIEIS con el número R-2014-3606-22.

X. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 608 adolescentes cuya edad fue 16.7 ± 1.2 años (13 – 19 años).

La edad, se clasificó de acuerdo a la OMS como adolescencia temprana 0.2%, adolescencia 39.9%, adolescencia tardía 60% de las cuales 2.3% estudió la primaria, 28.7% la secundaria, 62.4% bachillerato o CCH, 4.4% carrera técnica y 2% universidad.

De todas las pacientes se encontró que el 50.2% fueron estudiantes, 35.1% desempleadas y el 14.7% con empleo. El 29.5% era soltera, 25.2% casada y 45.3% en unión libre.

De todas las pacientes el 24.5% no tuvo adicciones, el 60.2% consumió alcohol, 53.6% tabaco, 1.8% drogas.

El 1.8% crecieron con madre o padres solteros, 55% casados, 6.4% con padres en unión libre, 8% divorciados, 25.7% se separaron, 2.9% viudos.

El 46.2% vive en casa propia, 33.7% en casa prestada, 20.1% en casa rentada.

Antecedentes gineco-obstétricos

En las pacientes la menarca se presentó a los 11.69 ± 1.4 , para el 79% fue su primer embarazo, con 1 a 4 gestas, encontrándose antecedente de parto en el 23.7%, cesárea 27.1% y aborto 28.5%.

La edad de inicio de vida sexual tuvo una media de 15 ± 1.3 años de edad (8-18). El número de parejas sexuales fue de 2.19 ± 1.4 (1-16).

Un 39% no utilizó ningún método de planificación familiar y solo un 61% utilizó método, de estos, el 71.1% utilizó preservativo siendo el mas popular, 15.3% hormonales en sus diferentes presentaciones (oral, inyectable, parches, etc), 6.1% DIU. El 53% utilizó un anticonceptivo de emergencia contra el 47% que no.

La edad gestacional estuvo entre las 8 y 44 semanas con una media de 31 ± 6.8 semanas de estas 43.3% eran sanas y el 56.7% se encontraron con patología asociado en un 66.3% a patología obstétrica (amenaza y/o parto pre-término, diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, hemorragia, etc.), un 76.5% a patología materna (cervicovaginitis, infecciones de vías urinarias, asma, epilepsia, hipo o hipertiroidismo, etc.) , y el 96% A otras patologías no clasificables (ruptura prematura de membrana, trauma, fiebre, etc.). Las enfermedades más frecuentes fueron la amenaza de parto pre-término (17.5%), cervicovaginitis (10.6%) e infección de vías urinarias (6.6%) complicada en un 0.2% con pielonefritis. En cuanto a enfermedades hipertensivas se encontró en 4.1%, el virus del papiloma humano se reportó en 0.5% y el VIH en el 0.2%.

El 78.1% indicó que el embarazo no era deseado y el 21.7% que sí.

De la pareja la edad media fue de 20.6 años \pm 3.8 años, con una mínima de 14 años y máxima de 48 años. De los cuales el 13.1% estudiantes, 2.8% desempleado, 84.1% trabaja. El 64.2% no tenía adicciones, el 20.1% consumía alcohol, 15.1% tabaco y 0.6% drogas.

El ingreso mensual de la pareja fue de $\$4894.80 \pm \2746.68 , ($\$800.00 - \$20,000$).

El periodo transcurrido entre que la pareja empezó a salir y tuvo su primera relación sexual fue a los 5.7 ± 5.5 meses.

XI. DISCUSIÓN

Se estudiaron 608 pacientes que acudieron a la clínica del adolescente de la HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” tomando en cuenta que se trata de una Unidad Médica de Alta Especialidad en región urbana, en la ciudad más grande y poblada de México que es el Distrito Federal, en base a esta población y las pacientes estudiadas se encontró que la mayoría de estas estaba en la adolescencia tardía,^{17, 19} considerando los factores que predisponen el embarazo en adolescente mencionado en la literatura en base a la educación no encontramos asociación ya que el 62.4% contaba con educación básica (primaria y secundaria) y media superior en curso o trunca.¹¹

Panfelides en 1989 informaba que el 75% de las adolescentes que habían tenido un hijo al momento del estudio tenían una pareja al momento del nacimiento,¹⁹ en este estudio al momento de solicitar atención (embarazo o puerperio) el 29.5% negó tener una pareja.

En cuanto a conductas adictivas más de la mitad de las adolescentes estudiadas fumaba y consumía alcohol, lo cual lo cual puede comprometer su vida y sus decisiones como ha sido reportado en la bibliografía.²¹

Tomando en cuenta el ambiente en el que crecieron las adolescentes más de la mitad de estas creció en una familia con padre y madre juntos y casados, con casa propia 46.2% y el resto prestada o rentada.

Se corrobora una asociación entre la menarca e inicio de vida sexual y por lo tanto el embarazo.¹⁶

La mayoría de las adolescentes no utilizó método de planificación familiar, sin embargo el 53% habían utilizado anticoncepción de emergencia.

Comparado con los datos reportados en ENSANUT y el INEGI en el 2012 donde se reporto que la mitad de pacientes entre los 12 y 19 años con vida sexual activa alguna vez había estado embarazada.¹⁸ En este estudio se encontró sólo un cuarto de las pacientes estudiadas tenia embarazo previo, refiriéndose en mayor porcentaje antecedente de parto.

Contrario a lo reportado por Gogna,²⁰ para la mayoría de nuestras adolescentes el embarazo no fue planeado ni deseado hasta en un 78.1%.

En este estudio se encontró una asociación del embarazo con aumento de la morbilidad, considerando que solo 4 de cada 10 adolescentes estaban sanas durante el embarazo al momento lo cual coincide con la bibliografía encontrándose mayor incidencia de amenaza de parto pre-termino, cervicovaginitis e infección de vías urinarias y enfermedades hipertensivas del embarazo.

Cabe mencionar la presencia Virus del Papiloma Humano y VIH en nuestras pacientes.

En cuanto a la pareja la edad es muy variable y en algunos casos existiendo más de 2 años de diferencia, hombres en su mayoría empleados y trabajadores y que comparado con las mujeres el consumo de alcohol y tabaco es mucho menor de acuerdo a lo reportado por las pacientes.

El ingreso mensual de la pareja en promedio de \$4894.80 que equivale al día de hoy a menos de 2 salarios mínimos, puede afectar al desarrollo de la familia en sus necesidades básicas y en el caso de la embarazada y el recién nacido en recibir la atención y cuidados necesarios.

Como dato importante el periodo transcurrido entre que la pareja empezó a salir y tuvo su primera relación sexual tuvo una media de 5.7 ± 5.5 meses.

XII: CONCLUSIONES

El embarazo en el adolescente es un reflejo de la sociedad en México, que cada día se hace más común y que representa un problema de salud pública.

Relacionado directamente con el ambiente en que crece y se desarrolla, la adolescente como una persona independiente toma decisiones que determinarán su futuro para bien o para mal.

Los padres son un factor importante en esta toma de decisiones en base al ejemplo, educación, orientación y confianza con sus hijos, por lo que también deben abrirse a recibir información y actualizarse sobre la forma de vida de los adolescentes para así guiar a sus hijos durante esta etapa de cambios.

El embarazo en la adolescente implica cambios fisiológicos y sociales que por la inmadurez, ignorancia, la falta de apoyo y falta de medios económicos para atención y cuidados necesarios son factores que dejan a la adolescente desprotegida y susceptible a complicaciones

Como sistema de salud el embarazo en adolescentes debe ser un programa prioritario que abarque al adolescente, los padres y su sistema de educación, con consejería en salud reproductiva, riesgo reproductivo y atención del binomio.

Para lograr las metas hay que empezar preguntando ¿Cómo viven y que necesitan los adolescentes? ¿Qué falta por hacer? ¿En que se está fallando?

Las variables aquí presentadas no dejan duda de la importancia de convivir y compartir con ellos sus inquietudes y necesidades, de las más elementales a las más complejas como lo es su sexualidad y consecuencias, ya que el embarazo en las adolescentes es un piedra en el zapato para toda la sociedad, en cualquiera de sus clases y momentos históricos que les corresponda vivir, no podemos ser ajenos o inherentes ante estos resultados, fríos, crudos pero reales en México.

Hay que conocer la sociedad en la que se mueven los adolescentes, hacer difusión aprovechando tecnología y los medios de comunicación para difundir y orientar de una manera amable, sencilla y actual acorde a su edad.

Enviar iniciativas desde las Asociaciones, Colegios y Organizaciones al congreso para luchar por una mejor disposición de recursos en beneficio de las y los adolescentes.

El éxito solo se lograra trabajando en equipo con el objetivo de disminuir la incidencia de adolescentes embarazadas y sus complicaciones.

XIII. RECOMENDACIONES

La atención del embarazo en adolescentes:

- 1.- Amerita inversión y recursos, como un programa prioritario para el gobierno federal y sistema de salud.
- 2.- Debe dirigirse tanto a los adolescentes como a sus padres y escuelas.
- 3.- Es necesario conocer el medio en el que se desarrolla el adolescente para identificar en que se está fallando y así desarrollar propuestas e iniciativas para la prevención y atención de la adolescente embarazada.

Hoja de recolección de datos

Nombre:	Afiliación:
Edad de la paciente	
Escolaridad	
Ocupación	
Estado Civil	
Edad de inicio de vida sexual activa (IRS)	
Número de parejas sexuales	
Método de planificación familiar	
Gestas	
Partos: Cesáreas: Abortos:	
Estado Civil de los padres	
Ingreso mensual	
Tipo de vivienda	
Adicción en ella	
Adicción en la pareja	
Edad de la pareja	
Ocupación de la pareja	
Embarazo deseado	
ACOE (anticoncepción de emergencia)	
Menarca	
Terminación de embarazo	
Semanas de gestación	

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de medicina Océano Mosby. 4ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial;2003.
2. Gutiérrez SE, Hernández HR, Luna SG, et al. Mortalidad perinatal en el Hospital de Ginecología obstetricia núm. 23 de Monterrey, Nuevo León (2002 a 2006). Ginecol Obstet Mex. 2008;76(5):243-8.
3. Fathalla MF. Rosenfield A. Mortalidad materna. En: Manual de Reproducción humana, 1a ed. USA. The Parthenon Publishing Group. F.I.G.O. 1994. p.401-421.
4. Osorno CL, Watti CC, Alonzo VF, et al. Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal. Ginecol Obstet Mex 2008;76(12):730-8.
5. Fathalla MF. Rosenfield A. Sexualidad y embarazo del adolescente. En: Manual de Reproducción humana, 1a ed. USA. The Parthenon Publishing Group. F.I.G.O. 1994. p.423-441
6. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2000, pag. 12. OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf
7. Blázquez-Morales MSL, Torres-Férman IA, Pavón-León P, Gogeoascoechea-Trejo MdC, Blázquez-Domínguez CR. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Salud en Tabasco 2010;16(883-890). Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=48719442005>
8. Organización Mundial de la Salud, Datos y Cifras, Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index2.html
9. Ahued JR, Simon Pereira LA, Lira PJ. Embarazo en adolescente. En: Ginecología y obstetricia aplicadas, 1ª ed. JGH eds, 2000, p.145-148

10. Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, una mirada completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, Disponible en:
<http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf>
11. Conde-Agudelo et al. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(2):342-9.
12. Gamboa, C. (2013). El embarazo en adolescentes. Marco Teórico conceptual, políticas publicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas. Cámara de Diputados. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
13. Perez GN. Riesgos del embarazo en la adolescencia. Análisis comparativo en dos áreas de salud atendida por el Medico de familia. *Revista de ciencias*. 2006. Disponible en:
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEupZFkFAPXRmXPxvB.php>
14. Secretaria de Educación Pública (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven. Disponible en:
http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf
15. Cunningham FG, Gant NF. Revision general de la obstetricia. En: *Obstetricia Williams*, 23ª ed. México. Panamericana. 2011. p.10 - 11
16. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, et al. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* - N° 153 – Enero 2006 Pág. 13-17
17. Karchmer KS, Fernández del Castillo SC. Obstetricia y medicina perinatal.

- Temas selectos. 1ª ed. COMEGO, 2006, p.107 – 114.
18. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), Resultados Nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 18-19, Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
 19. Gogna M. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Esterotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos aires: CEDES 2005
 20. Lewitan de Eidelsztein, Graciela. Capitulo 25: Embarazo en adolescencia. En: Ginecologia de niñas y adolescentes: diagnostico tratamiento y prevención. 1ª ed. Buenos Aires: Journal 2013. p. 207-214.
 21. Seince N, Pharisien I, Uzan M: Embarazo y parto en adolescente. EMC Ginecol y obstet. E-5-016-D-10.
 22. Mendoza JP. Adolescente embarazada: características y riesgos Rev. Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):13-17.