

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

MÉDICO CIRUJANO

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



TESIS

**“INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
URBANO DE ACAMBAY, ACAMBAY, ESTADO DE MÉXICO
DURANTE EL AÑO 2012”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S. JOSÉ ABRAHAM VILLALOBOS MONDRAGÓN

**DIRECTOR DE TESIS: M.S.P. MARTHA ELVA CAMPUZANO
GONZÁLEZ**

REVISORES:

**M.EN I.C. CATALINA MIRANDA SAUCEDO
M.C. HIPOLITO APARICIO GONZÁLEZ
M.C. ABRAHAM DIEGO REYES
E. EN C.G. MARCO ANTONIO MONDRAGON CHIMAL**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2013

**“INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES
DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD URBANO
DE ACAMBAY, ACAMBAY, ESTADO DE
MÉXICO DURANTE EL AÑO 2012”**

A MI PADRE.

POR SU APOYO INCONDICIONAL
Y SU CONFIANZA
TE EXTRAÑARÉ TODA LA VIDA...

A MI MADRE.

POR SER MI PILAR, MI INSPIRACIÓN
POR CREER EN MÍ

A MIS HERMANOS.

POR ESTAR SIEMPRE
INCONDICIONALES

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios, por permitirme llegar hasta donde me encuentro. Por las bendiciones recibidas a lo largo de toda mi vida.

A mi familia; mi papá Eliodoro (Lolo), mi mamá Eva (Cheli), mis hermanos Miriam, Lolín y Montse por estar todo este tiempo conmigo y por su completo apoyo.

A mis amigos: Kiko Vargas, Isabel Camacho, Beto Moreno, Judith Arcos, Raymundo Vera, Shantal Sánchez, Mario Pérez e Illiany Jiménez por acompañarme en esta gran aventura y ser cómplices de muchas más.

A la Dra. Martha Campuzano por su guía, paciencia y soporte.

A mis maestros, revisores y asesores, por sus enseñanzas que jamás encontraré en un libro.

A las familias Mondragón Sánchez, Covarrubias Mondragón, Alcántara Villalobos, Villalobos Gómez, Sánchez Gómez, Pérez Guerra y Vera González por todo su apoyo y preocupaciones hacia mi persona.

A todos y cada uno de los que hicieron posible este trabajo, pero en especial al personal de archivo del Centro de Salud de Acambay por su entusiasta participación y completa disponibilidad.

A todos ustedes, mi completo agradecimiento...

ÍNDICE

I	RESUMEN	1
II	ABSTRACT	2
III	MARCO TEÓRICO	3
III.I	DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.....	3
III.II	ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	4
III.II.I	ADOLESCENCIA TEMPRANA (11-13 AÑOS)	4
III.II.II	ADOLESCENCIA MEDIA (14-17 AÑOS).....	4
III.II.III	ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 AÑOS)	5
III.III	ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD DE LAS/LOS ADOLESCENTES.	5
III.III.I	ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD	5
III.IV	DEFINICIÓN DE EMBARAZO Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO.	7
III.V	ATENCIÓN PRENATAL.....	7
III.VI	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	10
III.VII	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	11
III.VII.I	FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO:	12
III.VII.II	FACTORES FAMILIARES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO:.....	13
III.VII.III	FACTORES SOCIALES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO:.....	14
III.VII.IV	ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES	14
III.VII.V	TABAQUISMO EN ADOLESCENTES	15
III.VIII	COMPLICACIONES PRESENTES DURANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.	16
III.VIII.I	ANEMIA.	16
III.VIII.II	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	18
III.VIII.III	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	20
III.VIII.IV	DIABETES GESTACIONAL	22
III.VIII.V	INFECCIÓN VAGINAL	26
III.VIII.VI	RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.....	27
III.VIII.VII	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	28
III.VIII.VIII	PARTO PRETÉRMINO.....	30

III.IX MUNICIPIO DE ACAMBAY.....	31
III.X CENTRO DE SALUD URBANO ACAMBAY	32
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
V JUSTIFICACIONES.....	35
V.I CIENTÍFICAS.....	35
V.II SOCIOECONÓMICAS:	36
V.III CULTURALES:.....	36
VI HIPÓTESIS.....	37
VII OBJETIVOS	38
VII.I OBJETIVO GENERAL:	38
VII.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	38
VIII MATERIAL Y MÉTODO	39
VIII.I TIPO DE ESTUDIO	39
VIII.II DISEÑO DE ESTUDIO.....	39
VIII.III OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	39
VIII.IV UNIVERSO DE TRABAJO	41
VIII.V CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
VIII.VI CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	42
VIII.VII CRITERIOS DE ELIMINACION	42
VIII.VIII INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	42
VIII.IX DESARROLLO DEL PROYECTO.....	42
VIII.X LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.....	43

VIII.XI DISEÑO DEL ANÁLISIS	43
IX IMPLICACIONES ÉTICAS	44
X ORGANIZACIÓN.....	45
X.I TESISTA:.....	45
X.II DIRECTOR DE TESIS:.....	45
XI GRÁFICOS Y TABLAS	49
XII ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	59
XIII RECOMENDACIONES.....	64
XIV BIBLIOGRAFIA.....	66
XV ANEXOS.....	69
XV.I INSTRUMENTO DE TRABAJO (ANEXO 1).....	69
XV.II HOJA DE RECOPIACIÓN DE DATOS (ANEXO 2).....	70
XV.III COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA JEFATURA DE LA JURISDICCIÓN NUMERO 1 DE ATLACOMULCO.....	71
XVI GLOSARIO.....	72

I RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia del embarazo adolescente así como los riesgos asociados y complicaciones presentes en mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud urbano de Acambay, Acambay, Estado de México durante el año 2012.

Procedimiento: Estudio descriptivo, retrospectivo, desarrollado en el Centro de Salud Urbano de Acambay, Estado de México. La población de estudio fue integrada por las embarazadas adolescentes registradas en el censo de embarazadas durante el año 2012, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontraron 234 embarazadas en total durante el año 2012 de las cuales 50 fueron adolescentes. Se accedió al archivo médico, previa autorización, y se obtuvieron los expedientes de cada paciente.

Resultados: Se obtuvo una incidencia relativa de embarazo en adolescentes del 21%, con una media de edad de 17.3 años. La mayor incidencia del embarazo en las adolescentes fue en los grupos etarios de 18 y 19 años con un 24 y 30% respectivamente. Dentro de los factores de riesgos asociados al embarazo que se encontraron fue: escolaridad secundaria (64%), estado civil encontrándose en unión libre en 68%, el 36% cuenta con menos de 4 consultas prenatales. De las 50 embarazadas, 48 presentaron complicaciones obteniendo que las tres más frecuentes fueron: infección de vías urinarias (53%), vaginosis (17%) y anemia (10%).

Conclusiones: La incidencia del embarazo adolescente en la población estudiada fue alta (21%). Las edades con mayor frecuencia de embarazo continúan coincidiendo con las reportadas aunque con tendencia a la baja. Se confirma que el embarazo en adolescentes es de alto riesgo debido a que presenta mayor cantidad de complicaciones asociadas, siendo estas las mismas que en mujeres de otros rangos de edad.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, factores de riesgo, complicaciones obstétricas.

II ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of teenage pregnancy, the associated risks and complications present in pregnant women attending in urban health center in Acambay, Acambay, State of Mexico during 2012.

Method: Is a descriptive, retrospective study; developed at the urban health center in Acambay, State of Mexico. The study population was composed of pregnant adolescents registrated in the census of pregnant women in 2012, which had the inclusion criteria. Founding a total of 234 pregnant women during 2012 of which 50 were adolescents. Medical record was consulted, prior authorization, and records were obtained from each patient.

Results: The relative incidence of teen pregnancy was 21%, with a mean age of 17.3 years. The highest incidence of teenage pregnancy was in the age groups between 18 and 19 years old with 24 and 30% each one. The risk factors associated with pregnancy was: secondary schooling (64 %), couples living out of marriage was 68 %, 36 % have less than 4 prenatal visits during his pregnancy. Of the 50 pregnant women, 48 had complications during his pregnancy finding that the three most common complications were urinary tract infection (53%), vaginosis (17%) and anemia (10%).

Conclusions: The incidence of teenage pregnancy in the study population was high (21 %). The most common age of pregnancy continue coinciding with those reported although downward trend. It is confirmed that teenage pregnancy is high risk because it has more associated complications, these being the same as in women of other age groups.

Keywords: pregnancy, adolescence, risk factors, obstetric complications.

III MARCO TEÓRICO

III.I DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de la vida que separa a la niñez de la adultez, es un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. La manera en la que el adolescente siente y expresa su sexualidad dependerá de la personalidad, de las experiencias infantiles, de las actitudes familiares y de la sociedad en la que se vive ⁽¹⁾.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y los 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil ⁽²⁾.

Es un periodo en la vida del ser humano caracterizado por rápidos y diversos cambios físicos y emocionales que crean las características de la vida adulta ulterior, se establecen los rasgos de personalidad y la fuerza especial que añade dimensión e individualidad al sujeto; surgen y concluyen una serie de modificaciones bioquímicas, anatomofisiológicas, psicológicas y corporales que diferencian esencialmente al adolescente, del niño y del adulto; siendo la pubertad el conjunto de cambios que ocurren entre estas dos etapas ^(1, 3).

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este periodo de la vida ⁽³⁾.

La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. La edad de aparición de la pubertad es muy variable con un amplio rango de la normalidad: el 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8,5 y los 13 años y el 95% de los niños entre

los 9,5 y los 14 años. Desde hace 150 años, la pubertad se ha iniciado a edades cada vez más tempranas, habiéndose adelantado 3 a 4 meses por decenio ^(3,4).

Aunque el crecimiento y maduración sea continuo, la adolescencia se puede dividir en tres etapas definidas en: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-19 años) ⁽⁴⁾.

III.II ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

III.II.I ADOLESCENCIA TEMPRANA (11-13 AÑOS)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas.

III.II.II ADOLESCENCIA MEDIA (14-17 AÑOS)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta, lo que permite establecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto lo que les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones.

Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; sensación que facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad de este periodo de la vida.

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación.

III.II.III ADOLESCENCIA TARDÍA (17-19 AÑOS)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos.

Las relaciones familiares son de adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro ⁽⁴⁾.

III.III ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD DE LAS/LOS ADOLESCENTES.

III.III.I ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar y actuar dentro de diferentes grupos sociales. De estos resalta por su importancia la familia, considerada como núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Así mismo surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de la pareja ⁽²⁾.

Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo es una tendencia natural en la búsqueda de pareja y de relaciones sexuales. Cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer a las necesidades y deseos personales.

La actividad sexual real muestra diferencia entre hombres y mujeres. Ambos son capaces de mostrar deseo y excitación, sin embargo a través de mitos, tabúes o el género algunas mujeres se cohiben a una vida sexual activa mientras no estén casadas o mantengan una relación afectiva, en tanto que los jóvenes lo hacen con mayor libertad y tolerancia.

Esta doble moral sexual consolida la inequidad sexual, coloca a hombres y mujeres en papeles estereotipados por causas morales y culturales y separa el componente afectivo de la relación sexual. El ejercicio prejuiciado de la relación sexual genera riesgos para la salud por ignorancia y desigualdad.

Muchas jóvenes evitan el control prenatal porque consideran que ellas no participarán en relaciones sexuales indeseadas o inesperadas. Sin embargo las estadísticas demuestran que aunque no lo hayan considerado se ven involucradas en relaciones sexuales inesperadas y enfrentan embarazos no deseados ⁽²⁾.

III.IV DEFINICIÓN DE EMBARAZO Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 se define lo siguiente:

Embarazo normal: es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento de producto a término.

Embarazo de alto riesgo: es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario ⁽⁵⁾.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud, el embarazo comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces éste, atraviesa el endometrio e invade el estroma). El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la implantación del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación ⁽⁶⁾.

III.V ATENCIÓN PRENATAL

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

Se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas.

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas.

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas.

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas.

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

Elaboración de historia clínica.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).

Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.

Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.

Valoración del riesgo obstétrico.

Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.

Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo).

Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D μ).

Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.

Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.

Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.

Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).

Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.

Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de la embarazada.

Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.

Promoción de la lactancia materna exclusiva.

Promoción y orientación sobre planificación familiar.

Medidas de autocuidado de la salud.

Establecimiento del diagnóstico integral ⁽⁵⁾.

III.VI EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados ⁽²⁾.

La OMS y la ONU informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo y de estos aproximadamente 83% corresponde a países subdesarrollados donde 1 de cada 4 personas está en la adolescencia. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad ^(6,7).

En términos generales el embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. No debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro por las complicaciones que acarrea. Entre ellas se han observado condiciones biopsicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o cronicodegenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas; enfermedades carenciales como desnutrición y anemia, enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias ^(2,8). Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que representa altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural, educacional, familiar y social ⁽⁸⁾.

Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante secuela psicosocial que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en los jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en los proyectos de vida ⁽²⁾.

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos ⁽⁶⁾.

La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este periodo de vida tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo.

La vida de los adolescentes cambia ante la llegada de un bebé, pues se ven obligados a renunciar a algunas cuestiones relativas a su vida cotidiana. En muchos casos pueden abandonar los estudios y/o renunciar a sus posibilidades de diversión y esparcimiento o libertad por que deben dedicar una buena parte de su tiempo, o casi todo, al cuidado de la niña o el niño ⁽⁹⁾.

III.VII FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

Trabajos realizados en el extranjero señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes son primigestas. Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes ⁽⁹⁾.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

III.VII.I FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO:

Amor romántico: se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo con la existencia de un sentimiento de amor idealista.

No uso de métodos anticonceptivos: se explica por olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultades en el acceso a los métodos, vergüenza para solicitarlos e irresponsabilidad masculina.

Baja autoestima: se expresa en temor al rechazo de las amistades al manifestar discrepancias con el grupo que tiene conductas de riesgo y miedo a perder la pareja frente a la negación de mantener actividad sexual o exigir uso de preservativos.

Irresponsabilidad masculina: atribución externa de las adolescentes, señalando que los varones no asumen responsabilidad en su sexualidad.

Falta de conocimientos en sexualidad: se refiere a que existe información pero que es escasa frente a sus necesidades respecto de cómo prevenir un embarazo. La total desinformación se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimiento o tabúes respecto al tema.

III.VII.II FACTORES FAMILIARES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO:

Límite estrecho familiar: límite impuesto por la familia percibido por las adolescentes con gran restricción para los permisos. Manifiesta falta de autonomía y libertad para la toma de decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social. Coarta la comunicación con los padres favoreciendo las relaciones de tipo emocional ocultas. De igual manera, favorece la conducta impulsiva en las adolescentes, que las lleva a tomar decisiones inmediatas en cuanto tienen oportunidad de liberarse. Por otro lado, el límite estrecho familiar se asocia en algunas adolescentes con desconocimiento e ingenuidad respecto del entorno social y los riesgos existentes en este, lo que las hace más vulnerables.

Negligencia paterna: dinámica establecida por los padres en la que existe ausencia de límites hacia los hijos; en este caso las adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo y una insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes para la joven tales como sexualidad y el consumo de drogas, entre otros.

Padres ausentes del hogar: situación que se producen en aquellas familias en que ambos padres trabajan o cuando los padres relajan sus límites y permiten que las adolescentes permanezcan sin vigilancia otorgando a las jóvenes la oportunidad de permanecer solas.

Familia poco acogedora: familia que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad. De igual modo, en aquellas familias que existen conflictos de pareja entre los padres, se produce una situación que genera en los adolescentes sentimientos de incomodidad. En este contexto, las adolescentes buscan evadir la situación de incomodidad y/o satisfacer sus carencias afectivas fuera de la familia estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que hace más probable el contacto sexual sin protección (10).

III.VII.III FACTORES SOCIALES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO:

Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social (11).

III.VII.IV ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES

El consumo de alcohol representa uno de los problemas más importantes de salud pública, principalmente en los adolescentes, quienes comienzan a beber a menor edad, lo que conlleva un mayor riesgo para desarrollar una adicción crónica y tener consecuencias psicológicas y sociales ⁽¹²⁾.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital especialmente vulnerable a la iniciación al consumo de alcohol puesto que muchos jóvenes no se muestran preocupados por la prevención de enfermedades en el futuro, sino que se plantean sobre todo vivir el presente. Sin embargo, son numerosos y graves los efectos del consumo de alcohol en la vida de los jóvenes pudiendo afectar su salud física y psicológica. Así mismo, puede interferir en otros aspectos cruciales como el rendimiento académico o la propensión a realizar conductas de riesgo tales como mantener relaciones sexuales desprotegidas, conducción temeraria de vehículos o las conductas violentas o vandálicas ⁽¹³⁾.

Es evidente que se ha incrementado el hábito de consumir alcohol entre la población femenina. Esta situación se agudiza si se consideran el papel reproductivo que tiene la mujer y los efectos que este hábito produce si persiste durante el embarazo.

Los hábitos de vida de la mujer embarazada afectan la salud perinatal, particularmente el consumo excesivo de alcohol durante el embarazo puede producir aborto espontáneo, déficit del crecimiento y alteraciones en el desarrollo

neurológico del producto. Así mismo, se ha observado que la conducta de consumir alcohol en las mujeres jóvenes se ha incrementado y que al tener su primer o segundo embarazo, puede ser que no se suspenda este hábito, debido a las influencias, interpretaciones y a lo arraigado del mismo, aumentando con ello los riesgos para su salud y la del producto ⁽¹⁴⁾.

III.VII.V TABAQUISMO EN ADOLESCENTES

Mientras que el consumo de tabaco entre los hombres está disminuyendo en muchos países, el tabaquismo femenino se ha incrementado en todo el mundo. En pocas décadas, el aumento en el número de adolescentes fumadoras tendrá enormes efectos adversos en su salud y en la de sus familias ⁽¹⁵⁾.

La epidemia del tabaco se está “feminizando”, ya que la tendencia creciente de adolescentes fumadoras implica el incremento futuro del consumo de tabaco entre las mujeres adultas, con previsibles y graves consecuencias en términos de salud pública. Además, el hecho de que una mujer fumadora se embarace implica más riesgos para la salud del producto y que durante su infancia esté expuesto al humo del tabaco ⁽¹⁶⁾.

El tabaco expone al feto a varias sustancias tóxicas que atraviesan rápidamente la barrera placentaria, y al menos otros 4000 elementos con conocido potencial carcinogénico. A lo largo del tiempo se ha demostrado los efectos del cigarrillo sobre el feto y la salud de la madre, aumentando el riesgo de muerte perinatal, restricción del crecimiento, parto pretermino, placenta previa, abrupcio, embarazo ectópico, entre otros ⁽¹⁷⁾.

III.VIII COMPLICACIONES PRESENTES DURANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

El embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a las complicaciones durante la gestación como son la preeclampsia y anemia. También la infección urinaria es otro aspecto que se presenta a menudo. Por otro lado, la desnutrición materna durante la adolescencia influye en el bajo peso del neonato. La preeclampsia se presenta con mayor frecuencia a partir del tercer trimestre del embarazo.

En un estudio realizado en una provincia de Colombia sobre las complicaciones con las que cursaron las adolescentes embarazadas en un hospital perteneciente a una fundación para vigilancia de la salud del niño y del adolescente; los resultados arrojaron que la complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias seguida de la anemia y en tercer lugar la infección vaginal, así como una incidencia mayor de preeclampsia en niñas de 13 a 15 años en comparación con el grupo de adolescentes de 16 a 19 años. También en este estudio se concluyó que mientras menor sea la edad de la paciente embarazada, mayor es el riesgo de presentar complicaciones tanto en el embarazo como en el parto y puerperio ⁽¹⁸⁾.

III.VIII.I ANEMIA.

La anemia es un problema de salud pública que afecta a países desarrollados y subdesarrollados con consecuencias severas tanto para la salud como para el desarrollo social y económico. Ocurre en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor prevalencia en las mujeres embarazadas y niños pequeños.

La anemia se define como una disminución en la concentración de la hemoglobina. La OMS ha establecido los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y sexo. De acuerdo a estos criterios la anemia está presente cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 13 g/L en los

hombres o 12 g/L en las mujeres. Esta regla no aplica para niños ni para mujeres embarazadas para los cuales existen sus propias tablas de límites de concentración de hemoglobina.

Cuadro 1. Valores normales de la hemoglobina y hematocrito durante la infancia y la adolescencia

Edad	Hemoglobina (g/dL)	Hematócrito (%)
6 meses	11.5 (9.5)	35 (29)
12 meses	11.7 (10.0)	36 (31)
1 a 2 años	12.0 (10.5)	36 (33)
2 a 6 años	12.5 (11.5)	37 (34)
6 a 12 años	13.5 (11.5)	40 (35)
12 a 18 años – mujeres	14.0 (12.0)	41 (36)
12 a 18 años – hombres	14.5 (13.0)	43 (37)

Los valores entre paréntesis expresan el límite inferior normal.

Tomado guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos, anexo 5.3

Cuadro 2. Puntos de corte para clasificar la anemia propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

Sexo	Grupos de edad	Valor de la Hemoglobina (g/l)
Ambos sexos	6 a 59 meses	<110.0
	5 a 11 años	<115.0
	14 a 14 años	<120.0
Mujeres (no embarazadas)	Mayores de 15 años	<120.0
Mujeres (embarazadas)		<110.0

Tomado Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos, anexo 5.3

Durante el embarazo, el hierro es transportado activamente por medio de la circulación materno-fetal. Este transporte es necesario para una mayor producción de eritrocitos que compensen el ambiente intrauterino relativamente hipóxico y proporcione el oxígeno suficiente para el desarrollo del producto. El transporte

adecuado de hierro a través de la placenta, asegura que los niños nacidos a término y con peso adecuado tengan concentración de hierro total altas, tanto en la circulación como en las reservas al momento del nacimiento.

Es un hecho que las mujeres con anemia por deficiencia de hierro, tienen productos prematuros o con bajo peso al nacer con una frecuencia significativamente mayor, también está documentado que la baja reserva de hierro previo al embarazo aumenta la posibilidad de padecer anemia durante el mismo, menor tolerancia para realizar actividades físicas, mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones y como consecuencia una pobre interacción con sus hijos cuando estos han nacido ⁽¹⁹⁾.

III.VIII.III INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

La infección del tracto urinario es la infección más común en mujeres embarazadas y no embarazadas, se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: a) bacteriuria asintomática, b) cistitis (vejiga) y c) pielonefritis (riñón) ⁽²⁰⁾. Es una condición en la cual las bacterias se establecen y multiplican en cualquier sector del tracto urinario, causando daño ya sea directo o secundario a la respuesta inflamatoria ⁽²¹⁾.

Se define a la infección urinaria, infección de orina, o infección del tracto urinario como la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden cursar asintomáticas.

- Bacteriuria asintomática.- presencia de bacterias en orina detectada por urocultivo (más de 100 000 UFC por ml) sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario.

- Cistitis aguda.- infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afectación sistémica.
- Pielonefritis aguda.- infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costo-vertebral y en ocasiones náuseas, vómito y deshidratación ⁽²⁰⁾.

En las mujeres jóvenes existen ciertos factores que predisponen a la infección de vías urinarias como: susceptibilidad anatómica, vida sexual activa, vaciamiento incompleto de la vejiga y deficiencia de estrógenos. Si a estos factores se suman los cambios fisiológicos en el periodo gestacional en el que hay una disminución del tono ureteral, menor peristaltismo e insuficiencia temporal de las válvulas vesicoureterales, se aumenta el riesgo de padecer infección de vías urinarias durante el embarazo.

La mayoría de mujeres embarazadas cursan con bacteriuria asintomática causada principalmente por la estasis asociada a los compuestos progesterónicos sobre el músculo liso ureteral y vesical y por la compresión ejercida por el útero agrandado, generalmente por ser asintomática es pasada por alto por las pacientes como por el personal de salud y al no recibir tratamiento, puede generarse desde pielonefritis, acompañada de riesgo de un parto prematuro, mortalidad neonatal, bajo peso al nacer, hasta malformaciones en el feto, debido al ascenso de las bacterias por el tracto urinario y a la dispersión hematógica de las mismas.

La predisposición de las vías urinarias altas a la infección es debida a una causa endócrina que se halla vinculada de modo directo al incremento de hormonas placentarias que influyen sobre el tono útero-pielocalicial, disminuyéndolo, reduciendo su peristaltismo y por tanto atenuando el flujo urinario, y como consecuencia directa, aumentando mucho la capacidad de almacenamiento o ectasia de los uréteres y de la pelvis renal. Esta pérdida del tono de las vías

urinarias tiene su punto de mayor presentación entre el sexto y octavo mes de gestación ⁽²¹⁾.

III.VIII.III ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

La hipertensión ocurre aproximadamente en 6 a 10% de los embarazos. Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y de las más importantes de mortalidad materna y perinatal, se calcula que mueren anualmente en el mundo 50,000 mujeres por preeclampsia. En países en vías de desarrollo como los de América Latina y el Caribe constituye la principal causa de muerte materna (>25%) ⁽²²⁾.

Estados hipertensivos del embarazo:

Bajo esta expresión se agrupan a una gama de enfermedades o procesos que tienen en común la existencia del signo de la hipertensión durante el embarazo ⁽²²⁾.

La hipertensión inducida por el embarazo se define como la elevación de la presión arterial después de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas; a su vez, se clasifica en hipertensión gestacional cuando la presión arterial es 140/90 mmHg o mayor sin proteinuria, y en preeclampsia/eclampsia (toxemia), cuando la presión arterial materna es de 140/90 mmHg o mayor, acompañada de proteinuria y alteraciones de la conciencia o convulsiones ⁽²³⁾.

De acuerdo a la clasificación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en 1972, identifica 4 categorías que son:

- Hipertensión crónica.- coexistencia de hipertensión de novo antes de la semana 20, al igual que si tiene el antecedente de hipertensión preexistente antes del embarazo.
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada.- pacientes con hipertensión crónica que presentan descompensación de las cifras

tensionales y aparición o incremento de proteinuria después de la semana 20 de gestación.

- Hipertensión gestacional.- presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg en una mujer previamente normotensa, después de la semana 20 de gestación. En dos tomas separadas por un intervalo de 4 o 6 horas entre una y otra, con ausencia de proteinuria.
- Preeclampsia.- se define como la presencia de hipertensión gestacional asociada a proteinuria significativa (>300 mg en 24 horas).

- Preeclampsia leve:

Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en una mujer previamente normotensa. Se requiere por lo menos dos tomas con diferencia de 6 horas entre cada una con la paciente en reposo en un lapso no mayor de 7 días.

Proteinuria.- mayor o igual a 300 mg en una recolección de orina de 24 horas o reporte en tira reactiva de por lo menos 30 mg/dL (1+) en 2 muestras de orina tomadas al azar con diferencia de 6 horas entre cada una, pero en un lapso no mayor a 7 días, sin evidencia de infección de vías urinarias.

- Preeclampsia severa:

Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg en al menos dos determinaciones con por lo menos 6 horas de diferencia con proteinuria de 5 gramos o más en una colección de orina de 24 horas o por tira reactiva con 3+ o más en 2 muestras con al menos 4 horas de diferencia. Otras características:

oliguria (menos de 500 ml de orina en 24 horas), alteraciones visuales, edema pulmonar, cianosis, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, pruebas de funcionamiento hepático alteradas (incremento de DHL $>150\ 000\ \text{cel}/\text{mm}^3$), restricción del crecimiento uterino.

Los factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de preeclampsia son:

- Gestación múltiple.
- Condiciones médicas subyacentes (co-morbilidad):
 - Hipertensión arterial preexistente o presión diastólica mayor a 90 mmHg.
 - Nefropatía preexistente o proteinuria (1+ en más de una ocasión o cuantificada 0.3 g/24hrs).
 - Diabetes Mellitus tipo I o II preexistente.
 - Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
 - Trombofilia.
 - Preeclampsia en cualquier embarazo previo.
 - Lupus eritematoso sistémico.
 - Edad reproductiva de 40 años o más.
 - Índice de masa corporal de 35 o más ⁽²²⁾.

III.VIII.IV DIABETES GESTACIONAL

La diabetes es la condición patológica que con mayor frecuencia complica el embarazo, con influencia en el futuro de la mujer y de su hijo ⁽²⁴⁾.

Más de 90% de los casos de diabetes que complican a un embarazo son casos de diabetes gestacional. La creciente prevalencia de diabetes, que se diagnostica en mujeres a edades más tempranas, favorece la presencia de diabetes y

embarazo. Los cambios fisiológicos que impone el embarazo, dificulta el control de la misma y se asocian con morbilidad y mortalidad perinatal.

Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, en los 10 años que siguen al embarazo. La exposición del feto a concentraciones elevadas de glucosa plasmática de la madre, durante el segundo y tercer trimestres, resulta en crecimiento fetal excesivo, hipoglucemia, ictericia, hipocalcemia, policitemia y enfermedad por deficiencia de surfactante pulmonar en el neonato y posteriormente, en niños y adultos en obesidad y diabetes.

La diabetes preexistente o pregestacional expone el feto a concentraciones elevadas de glucosa durante el primer trimestre del embarazo, incrementando el riesgo de malformaciones congénitas, especialmente del sistema nervioso central, cardiovascular, renal y músculo-esqueléticas, así como aborto espontáneo ^(24,25).

Diabetes pregestacional

Es aquella diabetes conocida previamente a la gestación, bien diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a los carbohidratos.

Durante el embarazo normal se producen cambios metabólicos por un aumento de la resistencia a la insulina, probablemente debido al lactógeno placentario. Se produce una hiperinsulinemia compensadora, a pesar de la cual, los niveles de glucemia posprandial aumentan de forma significativa a lo largo del embarazo. Hacia el tercer trimestre, la glucemia en ayunas desciende por aumento de consumo de glucosa por la placenta y el feto. En la diabética pregestacional puede aparecer cetoacidosis si no ajusta los niveles de insulina conforme suben los requerimientos de esta.

Efectos sobre el feto

La hiperglicemia materna produce hiperglicemia fetal que provoca hiperinsulinismo en el feto. La hiperglicemia y la hiperinsulinemia producen crecimiento del feto en exceso (macrosomía), muerte fetal intrauterina, retraso en la maduración pulmonar e hipoglucemia neonatal.

La incidencia de malformaciones congénitas esta aumentada cuatro veces entre los niños de madre con diabetes pregestacional debido al medio metabólico alterado durante la organogénesis ⁽²⁴⁾.

Diabetes gestacional

Es aquella diabetes que se diagnostica por primera vez en la gestación. Afecta del 3-5% de todas las embarazadas. En el 80% de los casos parece deberse a una deficiente respuesta pancreática incapaz de compensar la resistencia fisiológica del embarazo a la insulina. En el otro 20% parece haber un incremento de la insulino-resistencia con respecto al embarazo normal, bien en el receptor insulínico, bien el posreceptor, que no es adecuadamente compensada por una respuesta pancreática normal.

La mujer con diabetes gestacional tiene a corto, mediano y largo plazo un riesgo incrementado de padecer una diabetes mellitus, y datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia y enfermedad cardiovascular ⁽¹⁸⁾.

Detección de diabetes gestacional

La mujer mexicana pertenece a un grupo étnico considerado de riesgo para diabetes mellitus.

Las pacientes embarazadas se clasifican en tres grupos de riesgo para desarrollar diabetes gestacional:

- Bajo riesgo:
Pacientes que cumplan con todas las condiciones siguientes:
Grupo étnico de bajo riesgo, peso normal al nacer, edad menor o igual a 25 años, sin antecedentes de diabetes en familiares de primer grado, con peso normal ($IMC < 25\text{kg/m}^2$) antes del embarazo, sin historia de malos resultados obstétricos.
- Riesgo moderado:
Mujeres que no cumplan criterios de bajo ni de alto riesgo.
- Alto riesgo:

Pacientes con cualquiera de las siguientes condiciones:

Obesidad severa, antecedentes de diabetes en familiares de primer grado, diabetes gestacional o intolerancia a glucosa en embarazo previo, antecedentes de productos macrosómicos (≥ 4 kg al nacer), presentar glucosuria en el momento actual ⁽²⁴⁾.

Diagnóstico de diabetes gestacional

Existen 4 formas de realizar el diagnóstico de diabetes gestacional.

1. Glucemia en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL en dos ocasiones.
2. Glucemia casual mayor de 200 mg/dL.
3. Prueba de tamiz con 50g con resultado mayor o igual a 180 mg/dl (170 mg/dL en mujeres mayores de 30 años).
4. Curva de tolerancia a la glucosa en 100g o 75g. Se realiza diagnóstico al tener alterados dos o más de los siguientes valores:

Cuadro 3. Niveles de glucosa en curva de tolerancia a la glucosa

Tipo de carga de glucosa		
Tiempo	100g de Glucosa	75g de Glucosa
Ayuno	≥ 95 mg/dL	≥ 95 mg/dL
1 hora	≥ 180 mg/dL	≥ 180 mg/dL
2 horas	≥ 155 mg/dL	≥ 155 mg/dL
3 horas	≥ 140 mg/dL	-----

En caso de tener alterado un solo valor se diagnostica intolerancia a los carbohidratos ⁽²⁴⁾.

III.VIII.V INFECCIÓN VAGINAL

En las mujeres en edad reproductiva, la secreción vaginal normal se caracteriza por ser inodora, clara y viscosa; con un pH ácido (< 4.5) y ausencia de neutrófilos. En esta etapa la flora vaginal está constituida en su mayor parte por *Lactobacillus sp*; sin embargo, es común encontrar *Gardnerella vaginalis* y Estreptococo del grupo B, así como *Cándida albicans* ⁽²⁶⁾.

Se define a la vaginitis infecciosa como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas: aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispaurenia, y fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos ^(26,27).

En estudios realizados a nivel mundial se han encontrado que el 90% de esas infecciones son causadas por tres grupos de agentes etiológicos: a) un grupo de bacterias anaerobias que producen vaginosis, b) levaduras del género *Cándida sp* y c) infección por el parásito protozoario *Trichomonas vaginalis*. De éstas, la vaginosis bacteriana es la más frecuente y tiene como agentes causales bacterias que sustituyen la flora normal de la vagina.

Existen dos maneras de realizar el diagnóstico de vaginosis. El primero de los dos métodos empleados se lleva a cabo de acuerdo con la presencia de al menos tres de cuatro criterios que incluyen pH mayor a 4,5, pruebas de aminas positiva, descarga fina, blanca adherente y homogénea, y presencia de células guía (células epiteliales que contiene bacterias, indicando la presencia de *Gardnerella*) en flujo vaginal. Cuando se encuentran presentes tres de estos criterios se concluye que se tiene entre 60 a 100% de sensibilidad. El otro método se basa en el resultado de la tinción de Gram del flujo vaginal ⁽²⁷⁾.

III.VIII.VI RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Las restricción del crecimiento intrauterino permanece como uno de los mayores problemas en la obstetricia, pues incrementa la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos independientemente de la edad gestacional al nacimiento y afectando hasta el 15% de los embarazos ⁽²⁶⁾. Es el cuadro clínico en el cual el feto no alcanza su pleno potencial de crecimiento y como desenlace final se encuentra una disminución en el peso corporal estimado prenatalmente, menor a la percentil 10 para la edad gestacional y sexo según las tablas de crecimiento. Es considerada una patología multifactorial con un importante componente genético, de la cual se desconocen muchos de los mecanismos fisiopatológicos involucrados, especialmente de aquella denominada idiopática, que incluye el 40 a 50% de los casos ⁽²⁷⁾. Se estima que anualmente nacen en el mundo cerca de 30 millones de individuos con retardo en el crecimiento intrauterino. La prevalencia en países desarrollados es del 6.9% y en países en desarrollo hasta del 23.8%; en países de América Latina y del Caribe se considera que es del 10%. Los recién nacidos con retardo en el crecimiento intrauterino tienen más posibilidades de tener alguna complicación como asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial, hipoglicemia, hipocalcemia, enterocolitis necrotizante y policitemia. Las consecuencias de un retardo el crecimiento intrauterino no terminan con el nacimiento o en la infancia temprana; estos individuos tienen riesgo de padecer lesión neurológica o retraso de desarrollo psicomotor, además de presentar secuelas durante la vida adulta.

Definición:

Crecimiento fetal: proceso en el que intervienen una serie de interacciones que se llevan a cabo entre la madre (placenta), el feto y el medio ambiente que los rodea, y mediante el cual un feto cambia gradualmente desde un nivel simple a uno más complejo.

Restricción del crecimiento intrauterino: incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

Feto pequeño para la edad gestacional: feto que presenta un peso insuficiente para la edad gestacional (por debajo del percentil 10) que le corresponde a normas estadísticas definidas para cada población.

Diagnóstico

Se establece el diagnóstico cuando el peso fetal estimado se encuentra por debajo del percentil 10 para la edad gestacional.

Pruebas diagnósticas

El ultrasonido del primer trimestre, específicamente la medición de la longitud cráneo-caudal es el parámetro más exacto para estimar la edad gestacional y su fecha probable de parto. El fondo uterino para realizar el diagnóstico tiene una sensibilidad y especificidad del 27% y 88% respectivamente. Las curvas de fondo uterino personalizadas ajustadas a variables epidemiológicas de cada madre resultan en una mejora de la sensibilidad para la detección de trastornos del crecimiento ⁽²⁶⁾.

III.VIII.VII RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La ruptura prematura de membranas es una de las complicaciones más comunes y uno de los casos clínicos de mayor controversia en su manejo; afecta del 2 al 3% de los embarazos y se encuentra asociado con el 30-40% de los partos pretérmino.

El líquido amniótico y las membranas fetales tienen entre muchas otras funciones (ambiente intraamniótico estéril, desarrollo pulmonar, deglución y micción fetal), la de proveer un espacio al feto para una movilidad adecuada y al cordón umbilical

para evitar compresión al mismo durante los movimientos fetales y las contracciones uterinas; por lo que la pérdida de la integridad de las membranas interrumpe todas estas funciones poniendo en riesgo la integridad del feto.

La ruptura prematura pretérmino de membranas se encuentra asociada a infección perinatal, compresión del cordón umbilical y desprendimiento prematuro de placenta (4-12%). El riesgo de complicaciones se encuentra inversamente proporcional a la edad gestacional, dentro de las cuales se puede mencionar el síndrome de dificultad respiratoria como causa de morbilidad perinatal, seguido de sepsis, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante.

La ruptura prematura de membranas no solo representa complicaciones fetales; dentro de las complicaciones maternas más frecuentes se encuentra la corioamnionitis producto de la colonización bacteriana de membranas, cuyo riesgo se ha observado que también esta inversamente proporcional a la edad gestacional en que se presenta la ruptura. La endometritis presenta incidencia de hasta 2-13%. El desprendimiento prematuro de placenta asociado a ruptura prematura de membranas es 3 veces mayor, mientras que la incidencia de retención de placenta y hemorragia posparto es del 12%, sepsis 0.8% y muerte materna en 0.14%.

Definición

La ruptura prematura de membranas es definida como la pérdida de la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Cuando esta se presenta antes de la semana 37, se denomina "pretérmino". Algunos autores han establecido una subdivisión en relación a la edad gestacional en que se presenta en función de la sobrevida neonatal de la siguiente manera:

- "Cercana del término": entre las semanas de 32 y 36 de gestación, asumiendo que al interrumpir de inmediato el embarazo las posibilidades de infección o asfixia son bajas, las posibilidades de sobrevida son altas y el riesgo de morbilidad severa es bajo.

- “Lejos del término”: entre el límite de viabilidad fetal hasta las 32 semanas de edad gestacional: periodo en el que la interrupción inmediata tiene un riesgo alto de morbilidad perinatal, misma que disminuye conforme avanza la edad gestacional, siendo este el grupo de pacientes en los que el manejo conservador puede tener un beneficio significativo.
- “Previaible” o del “segundo trimestre”: cuando ocurre antes del límite de viabilidad, en donde la interrupción del embarazo conlleva a mortalidad fetal muy alta, el pronóstico neonatal es muy malo y el nacimiento inmediato es letal ⁽²⁸⁾.

III.VIII.VIII PARTO PRETÉRMINO

El parto pretérmino incluye los nacimientos que se desencadenan antes de la semana 37 de gestación. Se define como la dilatación progresiva del cérvix demostrable así como contracciones uterinas entre la semana 20 y 36.6 de gestación. Se le considera prematuro si ocurre entre las semanas 33 a 36, moderadamente prematuro si ocurre entre las semanas 28 a 32 y prematuro extremo si ocurre entre las semanas 20 a 27 de gestación ^(29,30).

El parto pretérmino ocurre en aproximadamente 8% de todos los nacimientos en Estados Unidos y en cerca del 15% de los nacimientos de la población socioeconómicamente poco privilegiada, esto puede ocurrir debido a parto pretérmino espontáneo o por decisión de terminar el embarazo antes de tiempo debido a preocupación en relación al bienestar materno-fetal.

El trabajo de parto prematuro es causa del 40 al 50% de todos los partos pretérmino, la ruptura prematura de membranas ovulares y la incompetencia cervical explican el 25 al 40% restante, y el parto prematuro inducido es responsable del 20 al 25% restante.

El trabajo de parto pretérmino idiopático o espontáneo se define como la presencia de contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales que

acontecen entre la semana 20 y 37 de gestación. El parto prematuro inducido se produce por la necesidad médica de anticipar el nacimiento ante un riesgo materno, fetal o ambos.

Las gestantes de los niveles socioeconómicos más pobres tienen una probabilidad mayor. La raza es un factor independiente, pero se ha encontrado que las no blancas tienen un riesgo dos veces mayor. El estilo de vida también es un factor asociado con esta complicación ⁽³⁰⁾.

III.IX MUNICIPIO DE ACAMBAY

El municipio de Acambay se localiza en la parte noroccidental del Estado de México, a 86 kilómetros de su capital, Toluca. Su cabecera municipal está situada entre los paralelos 19°57'18" de latitud norte y a 99°50'47" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, a una altura de 2,552 metros sobre el nivel del mar, colindando: al norte con el estado de Querétaro y el municipio de Aculco; al este con los municipios de Aculco y Timilpan; al sur con los municipios de Timilpan, Atlacomulco y Temascalcingo; al oeste con el municipio de Temascalcingo y el estado de Querétaro.

Cuenta con una población total de 60,918 habitantes para el año 2010, de los cuales 31,469 son mujeres y 29,449 son hombres. Cuenta también con un total de población de habla indígena de 8,238 habitantes con predominio de la lengua indígena Otomí. La población se encuentra distribuida en 102 localidades.

III.X CENTRO DE SALUD URBANO ACAMBAY

El Centro de Salud urbano de Acambay es una unidad de primer nivel de atención a la salud dependiente del Instituto de Salud Del Estado de México, adscrito a la coordinación municipal en salud de Acambay, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Atlacomulco.

Se encuentra localizado en la cabecera municipal de Acambay en la dirección Francisco Sarabia No. 4 colonia Centro con código postal 50300.

Es una unidad de consulta externa de tipología urbana de 6 núcleos básicos con horario de atención de Lunes a Viernes de 08:00 horas a 16:00 horas.

Tiene a su cargo 10 comunidades con un total de habitantes a los que brinda atención de 9,606 personas, de las cuales la población adolescente de entre 10 y 19 años es de 1904, con una población de adolescentes femenina de 1006 personas. Genera un promedio de consulta general mensual de aproximadamente 1,900 consultas, de las cuales 270 son a adolescentes.

Personal

El Centro de Salud Urbano de Acambay cuenta con el siguiente personal:

- Director
- Administrador
- Secretaria
- Estadígrafo
- 5 médicos generales
- 6 enfermeras
- 5 técnicos de atención primaria a la salud (TAPS)
- 7 estudiantes de prácticas profesionales de enfermería
- Cajero
- Archivero

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a los niños y niñas que están en los primeros años de la adolescencia, e impartirles conocimientos sobre este tema, es imprescindible por varios motivos. El primero es que muchos están empezando a tener relaciones en la adolescencia temprana. Según datos de encuestas domiciliarias efectuadas en diversos países y representativas del mundo en desarrollo, aproximadamente un 11% de las mujeres y un 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. La región con la mayor proporción de niñas adolescentes que afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años es América Latina y el Caribe ⁽³⁾.

La sexualidad es inherente al ser humano, es parte integral del ser y existe desde la concepción hasta la muerte. Particularmente durante la adolescencia la sexualidad cobra gran significado, se vincula estrechamente con la forma de vida de los/las adolescentes y con la problemática de salud que en ese momento puede presentarse para ellos como embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual ⁽²⁾.

En esta etapa el joven debe decidir su futuro, elegir su carrera o profesión, el trabajo que lo convertirá en productor de bienes materiales y culturales para la sociedad que lo ha formado ⁽¹⁾.

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado, genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/ las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones, la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado,

la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo ⁽²⁾.

Cuanto más joven es la niña al quedar embarazada, esté o no casada, mayores son los riesgos para su salud. Un estudio que se realizó en América Latina (Naciones Unidas, informe sobre la juventud mundial 2003) muestra que las niñas que dan a luz antes de los 16 años tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que las mujeres mayores de 20 años. Una de las principales causas de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo son las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y el parto ⁽³⁾.

Por lo tanto, en base a la información recabada se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Incidencia, los Riesgos y Complicaciones del Embarazo en Adolescentes que acuden al Centro de Salud Urbano de Acambay, Acambay, Estado de México durante el año 2012?

V JUSTIFICACIONES

V.I CIENTÍFICAS

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los jóvenes.

El inicio de la vida sexual activa cada vez va siendo a menor edad, aunado a la desinformación sobre métodos de anticoncepción y el fracaso de los programas de salud en este grupo de edad, se ve reflejado en la alta prevalencia del embarazo no planeado y aún menos deseado en la población adolescente.

La presencia de una incidencia alta de complicaciones en la embarazada adolescente, así como la repercusión en la sobrevida inmediata y futura del producto genera una comorbilidad importante.

El promedio de la edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos, sino de factores sociales y personales.

De acuerdo con estadísticas mundiales cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones).

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 a 19 años.

V.II SOCIOECONÓMICAS:

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente, más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada.

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a *priori*, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación económica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

V.III CULTURALES:

La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

VI HIPÓTESIS

Debido al tipo de estudio que se realizó, no fue necesaria la formulación de hipótesis. Aunque existieron hipótesis implícitas.

Sin embargo se generaron las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál fue la incidencia de embarazadas adolescentes atendidas en el centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012?

¿Cuáles fueron los riesgos asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012?

¿Cuáles fueron las complicaciones que presentaron las adolescentes durante su embarazo, así como la frecuencia de las mismas durante el año 2012?

VII OBJETIVOS

VII.I OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia del embarazo adolescente así como los riesgos asociados y las complicaciones presentes en mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud urbano de Acambay, Acambay, Estado de México durante el año 2012.

VII.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la incidencia de mujeres embarazadas en la etapa de la adolescencia que fueron atendidas en el centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012.
- Reconocer los riesgos asociados al embarazo adolescente en mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012.
- Identificar las complicaciones presentes en el embarazo en mujeres adolescentes atendidas en el centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012.

VIII MATERIAL Y MÉTODO

VIII.I TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo, retrospectivo.

VIII.II DISEÑO DE ESTUDIO

- Se comenzó identificando el total de embarazadas registradas en el censo de embarazadas de la unidad de salud durante el año 2012.
- Se seleccionó a aquellas embarazadas que entraron dentro de rango de edad establecido para la etapa de adolescencia (10 a 19 años) (50 embarazadas adolescentes de las 234 que fueron registradas en el año 2012).
- Se recopilaron los expedientes correspondientes a las pacientes y se revisó la historia clínica perinatal así como las notas médicas realizadas en cada consulta.
- Se anotaron los datos obtenidos en el formato de registro de datos elaborado (ANEXO 1), asignando un formato por expediente.
- Se recopilaron los datos en la hoja de recopilación de datos (ANEXO 2), se ordenaron y se hizo un análisis estadístico de los mismos, con el fin de realizar la presentación de resultados en cuadros y graficas analíticas, la discusión de estos y por ultimo realizar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

VIII.III OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables dependientes: embarazo, edad.

Variables independientes: escolaridad, ocupación, edad de inicio de vida sexual activa, estado civil, peso, cifra de hemoglobina, alcoholismo, tabaquismo, número de consultas de control prenatal, complicación obstétrica.

Elementos lógicos o de relación: frecuencias de presentación.

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicadores
Embarazo	Proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se considera que el embarazo comienza una vez que el ovulo ya fecundado por el espermatozoide anida en el útero y termina con el parto, en el que nace el bebe.	De acuerdo a la NOM 007-SSA2-1993: estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento de producto a término.	Cualitativa	Presente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, o ciertos animales o vegetales	Número de años cumplidos	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado escolar obtenido	Cualitativa Ordinal	Nula Primaria Secundaria Preparatoria Carrera Técnica
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Actividad a la que se dedica la persona	Cualitativa Nominal	Ama De Casa Estudiante Empleada
Edad de inicio de vida sexual activa	Edad a la que se presenta el primer coito	Años cumplidos durante la primera relación sexual	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Soltero Casado Unión Libre Separado/Divorciado Viudo	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Unión Libre Separado/Divorciado Viudo
Peso	Fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa	Total de kilogramos presentes en la persona	Cuantitativa Discreta	Peso en kg inicial y final
Cifra de Hemoglobina	Proteína de la sangre de color rojo característico que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos	Cantidad de hemoglobina expresada en Mg/dL obtenida por biometría hemática	Cuantitativa Discreta	Cantidad en Mg/dL inicial y final
Alcoholismo	Abuso habitual y compulsivo de	Consumo habitual de bebidas alcohólicas	Cualitativa Nominal	Presente Ausente

bebidas alcohólicas				
Tabaquismo	Intoxicación crónica producida por el tabaco	Consumo habitual de cigarrillos	Cualitativa Nominal	Presente Ausente
Número de consultas de control prenatal	Acción de atender el medico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado	Frecuencia de atenciones médicas durante el embarazo	Cuantitativa Discreta	Número de consultas otorgadas a la paciente durante el embarazo
Complicación Obstétrica	Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas relativas a la obstetricia	Presencia o no de comorbilidades presentes durante el embarazo. Anemia Infección De Vías Urinarias Enfermedades Hipertensiva Del Embarazo Diabetes Gestacional Infección Vaginal Retraso En El Crecimiento Intrauterino Ruptura Prematura De Membranas Amenaza De Parto Pretermino Otras	Cualitativa Nominal	Presente Ausente

VIII.IV UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo del presente proyecto estuvo constituido por los expedientes del total de pacientes embarazadas adolescentes registradas en el censo de embarazadas del centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012 que cumplieron con los criterios de inclusión.

VIII.V CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes de pacientes embarazadas que cumplieron con el rango de edad establecido para el proyecto (10 a 19 años) que acudieron a consulta entre el 01 de Enero al 31 de diciembre del 2012.

VIII.VI CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expedientes incompletos.

VIII.VII CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron aquellos expedientes que no contaban con laboratorios iniciales y/o finales

VIII.VIII INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el formato de recolección de datos (anexo 1). El formato tuvo todas las variables. Al final fueron vaciados de forma estadística en la hoja de recopilación de datos (anexo 2).

VIII.IX DESARROLLO DEL PROYECTO

Previa autorización por la jefatura jurisdiccional de Atlacomulco (ANEXO 3). Se accedió al censo de embarazadas del año 2012 de la unidad de salud en donde se realizó el estudio; se obtuvo el total de embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión; se accedió al archivo de la unidad de salud y se obtuvieron los respectivos expedientes asignados a cada paciente seleccionada y se recabaron los datos requeridos de la historia clínica perinatal y notas subsecuentes; se anotaron en el formato de recolección de datos (ANEXO 1), para posteriormente compilar la información en la hoja de recopilación de datos (ANEXO 2) y, por último, se vació la información en hojas de Excel para su análisis y presentación en gráficos y tablas.

VIII.X LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Espacio: archivo clínico de la unidad de atención médica de primer nivel, Centro de Salud Urbano Acambay.

Tiempo: el tiempo que se requirió para la investigación fue de 1 semana para revisión de los expedientes, posteriormente 4 semanas para el análisis, estadístico y presentación de resultados.

VIII.XI DISEÑO DEL ANÁLISIS

Para obtener la incidencia del embarazo se utilizó la fórmula asignada para dicho cálculo tomando en cuenta el tamaño de la población estudiada.

Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó el programa Excel, donde se concentraron los datos y se analizaron con ayuda de tablas dinámicas y gráficos

Se realizó un análisis comparativo de los factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo basándose en la hoja de recolección de datos utilizando valores con respuestas concretas.

Para explorar la relación de factores de riesgo y complicaciones, se llevó a cabo un análisis multivariado utilizando el programa Excel tomando como variable dependiente la edad, escolaridad, ocupación y estado civil, de cada paciente y como variables independientes las complicaciones en el embarazo.

IX IMPLICACIONES ÉTICAS

Se informó a las autoridades correspondientes dentro de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco, la Coordinación Municipal de Acambay y las del Centro de Salud Urbano de Acambay la intención del proyecto, y se recibió la carta por escrito de autorización por parte de la jefatura de jurisdicción para la realización del mismo (Anexo 3).

Al trabajar con expedientes y datos establecidos en el historial de cada paciente, no fue necesaria la Carta de Consentimiento Informado por parte de las pacientes en estudio.

Además, el Tesista se comprometió a manejar con confidencialidad y resguardo todos los datos obtenidos, presentando exclusivamente los resultados estadísticos sin manejar nombres, lugares de procedencia o cualquier dato de índole personal y privado de las participantes.

X ORGANIZACIÓN

X.I TESISISTA:

- José Abraham Villalobos Mondragón

X.II DIRECTOR DE TESIS:

- MSP Martha Elva Campuzano González

XI RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron del presente estudio fueron los siguientes:

El total de embarazadas que se registraron en el censo de embarazadas de la unidad de salud durante el año 2012 fue de 234 pacientes, de las cuales 50 contaron con el rango de edad de la adolescencia requerida para el estudio. Se obtuvo una incidencia relativa del embarazo adolescente del 21% (Tabla y Gráfico 1).

La incidencia de embarazadas adolescentes por edad (Tabla y Gráfico 2) se encontró de la siguiente manera: el 2% (1 adolescente) tuvo 14 años durante su embarazo; el 8% (4 adolescentes) tuvo 15 años; el 20% (10 adolescentes) contaba con 16 años; el 16% (8 adolescentes) reportó 17 años; el 24% (12 adolescentes) tuvo 18 años y el 30% (15 adolescentes) tuvieron 19 años. La media de edad encontrada fue de 17.3 años.

La edad de inicio de vida sexual activa (Tabla y Gráfico 3) quedó de la siguiente manera: 1 paciente inicio su vida sexual a los 10 años; ninguna adolescente reportó inicio de vida sexual a los 11,12 y 13 años; 5 pacientes iniciaron a los 14 años; 10 pacientes iniciaron a los 15 años; 8 pacientes a los 16 años; 16 pacientes a los 17 años y finalmente 10 pacientes iniciaron vida sexual a los 18 años.

Dentro de los factores de riesgo asociados al embarazo que se estudiaron los resultados son: Escolaridad (Tabla y Gráfico 4): 6 pacientes contaban con solo primaria terminada; 32 pacientes contaban con estudios de secundaria; 12 pacientes cursaban o terminaron la preparatoria; no hubo reportes de analfabetismo y carrera técnica. Ocupación (Tabla y Gráfico 5): la mayoría de las adolescentes se dedican a las funciones del hogar con 28 pacientes (56%) reportando dicha actividad; 19 adolescentes (38%) continuaban estudiando al momento del embarazo y solo 3 pacientes (6%) contaban con empleo. Para el estado civil reportado (Tabla y Gráfico 6), se obtuvo que el 68% (34 adolescentes) se encuentra en unión libre; el 30% (15 adolescentes) es soltera y solo el 2% (1

adolescente) se casó. No se encontró reporte de adolescentes en estado de viudez ó separadas.

Dentro de los resultados para alcoholismo (Tabla y Gráfico 7) y tabaquismo (Tabla y Gráfico 8) se encontró que solo 5 pacientes aceptaron consumir bebidas alcohólicas y solo 2 pacientes aceptaron ser fumadoras.

Con la asistencia de las adolescentes embarazadas a atención prenatal (Tabla y Gráfico 9) se reportó que 2 embarazadas acudieron solo a 1 consulta; 7 embarazadas acudieron a 2 consultas; 6 embarazadas acudieron a 3 consultas; 3 embarazadas acudieron a 4 consultas; 12 embarazadas acudieron 5 consultas; 11 embarazadas acudieron a 6 consultas; 6 embarazadas acudieron a 7 consultas; 2 embarazadas acudieron a 8 consultas y solo una embarazada acudió a 9 consultas durante todo su embarazo.

El aumento de peso materno (Tabla y Gráfico 10) arrojó que el 14% de las adolescentes (14 pacientes) mantuvo un aumento de peso de entre 0 y 5 kg; el 70% (35 pacientes) aumentó entre 5 y 12 kg y el 8% (16 pacientes) aumentó más de 12 kilogramos.

De acuerdo con los reportes en los resultados de laboratorio de los expedientes clínicos, las cifras de hemoglobina inicial y final (Tabla y Gráfico 11) quedaron de la siguiente manera: 1 sola paciente cursó con cifra baja de hemoglobina al inicio de su embarazo, dejando al resto con cifras de hemoglobina inicial normales, posteriormente 5 pacientes cursaron con cifras bajas de hemoglobina al final de su embarazo quedando 45 pacientes que se mantuvieron dentro del rango normal de cifra de hemoglobina.

En lo referente a las complicaciones presentadas en las adolescentes estudiadas (Tabla y Gráfico 12) se obtuvo lo siguiente: de un total de 60 casos de complicaciones, el 53% (32 casos) fueron de infección de vías urinarias; el 10% (6 casos) fueron de anemia; el 17% (8 casos) fueron de vaginosis; el 8% (5 casos) fueron de enfermedades hipertensivas del embarazo; solo un caso para ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino, y 5 casos para otras

patologías entre las que se encontraron útero bicorne, plaquetopenia, presentación pélvica, obesidad y desnutrición leve. De las 50 embarazadas estudiadas, 8 no presentaron ninguna complicación y 16 pacientes presentaron dos o más complicaciones. No se reportaron casos de diabetes gestacional y retraso en el crecimiento intrauterino.

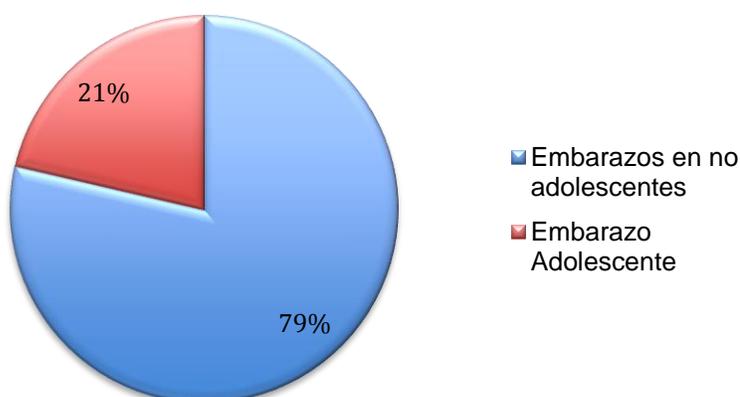
XI GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Incidencia de embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Variable	Embarazadas	Porcentaje (%)
Embarazos no adolescente	184	79
Embarazo adolescente	50	21
Total	234	100

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 1. Incidencia de embarazo en adolescentes en el centro de salud urbano de Acambay en el año 2012.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Incidencia de embarazadas adolescentes por grupo etario en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Edad	Embarazadas	Porcentaje %
14	1	2
15	4	8
16	10	20
17	8	16
18	12	24
19	15	30
Total	50	100

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Grafico 2. Incidencia de embarazadas adolescentes por grupo etario en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



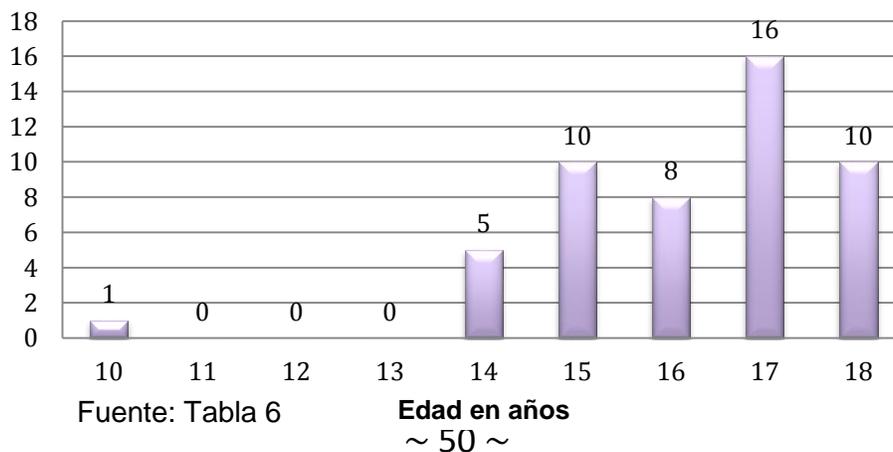
Fuente: Tabla 2

Tabla 3. Inicio de vida sexual activa de las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

IVSA en años	Embarazadas
10	1
11	0
12	0
13	0
14	5
15	10
16	8
17	16
18	10
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 3. Inicio de vida sexual activa de las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



Fuente: Tabla 6

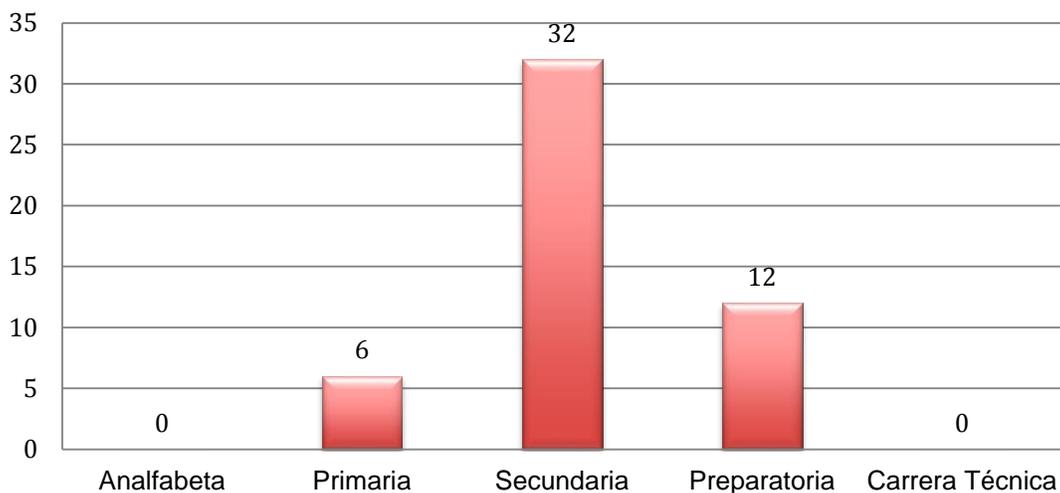
Edad en años
~ 50 ~

Tabla 4. Escolaridad de las embarazadas adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Escolaridad	Embarazadas
Analfabeta	0
Primaria	6
Secundaria	32
Preparatoria	12
Carrera Técnica	0
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 4. Escolaridad de las embarazadas adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



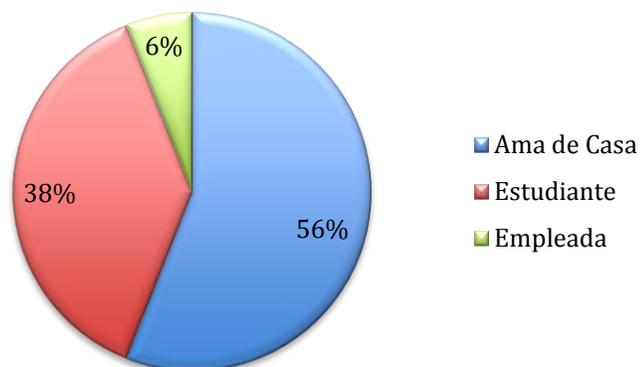
Fuente: Tabla 3.

Tabla 5. Ocupación de las embarazadas adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Ocupación	Embarazadas
Ama de Casa	28
Estudiante	19
Empleada	3
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 5. Ocupación de las embarazadas adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



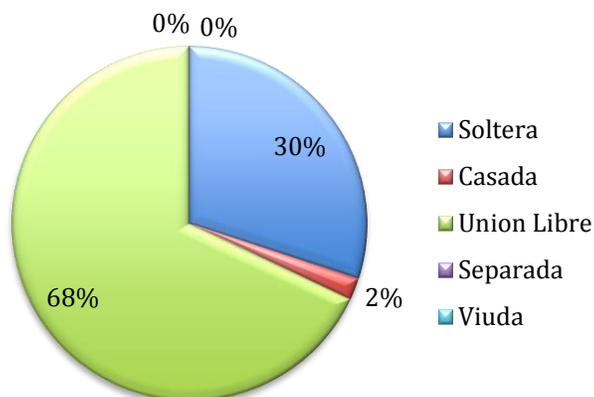
Fuente. Tabla 4

Tabla 6. Estado civil de las embarazadas adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Estado Civil	Embarazadas
Soltera	15
Casada	1
Unión Libre	34
Separada	0
Viuda	0
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 6. Estado civil de las embarazadas adolescentes en el Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



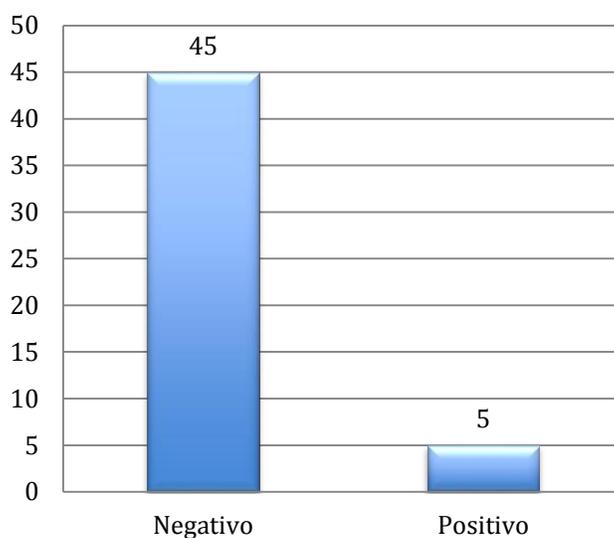
Fuente: Tabla 5

Tabla 7. Casos de alcoholismo en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Alcoholismo	Embarazadas
Negativo	45
Positivo	5
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 7. Casos de alcoholismo en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



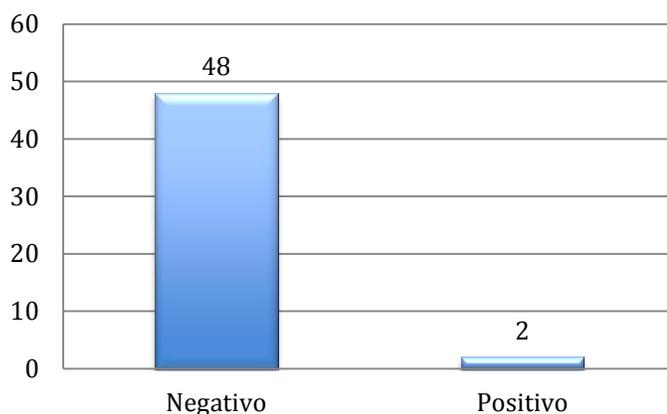
Fuente: Tabla 10

Tabla 8. Casos de tabaquismo en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Tabaquismo	Embarazadas
Negativo	48
Positivo	2
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 8. Casos de tabaquismo en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



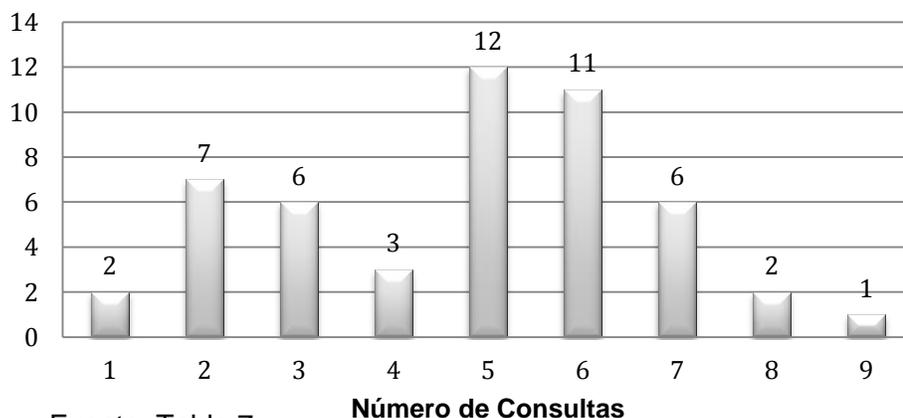
Fuente: Tabla 11

Tabla 9. Consultas de atención prenatal en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Consultas Prenatales	Número
1	2
2	7
3	6
4	3
5	12
6	11
7	6
8	2
9	1
Total	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 9. Consultas de atención prenatal en las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



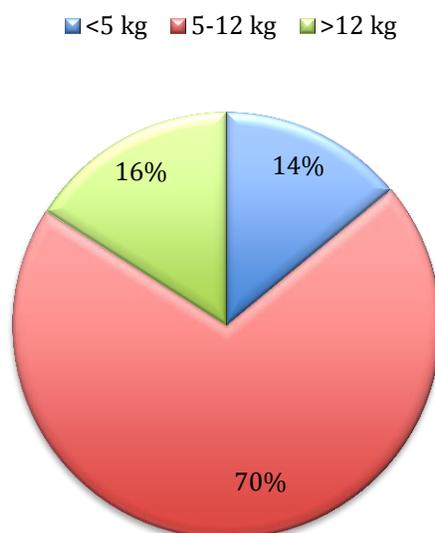
Fuente: Tabla 7

Tabla 10. Aumento de peso durante el embarazo de las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Aumento de Peso	Embarazadas	Porcentaje %
<5 kg	7	14
5-12 kg	35	70
>12 kg	8	16
Total	50	100

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 10. Aumento de peso durante el embarazo de las embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.



Fuente: Tabla 8

Tabla 11. Cifras de hemoglobina inicial y final en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay en el año 2012.

Cifra de HB	Hemoglobina Inicial	Hemoglobina Final
< 11.9 mg/dl	1	5
12 - 16 mg/dl	49	45
>16 mg/dl	0	0
Total	50	50

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 11. Cifras de hemoglobina inicial y final en embarazadas adolescentes del centro de salud urbano de Acambay en el año 2012.

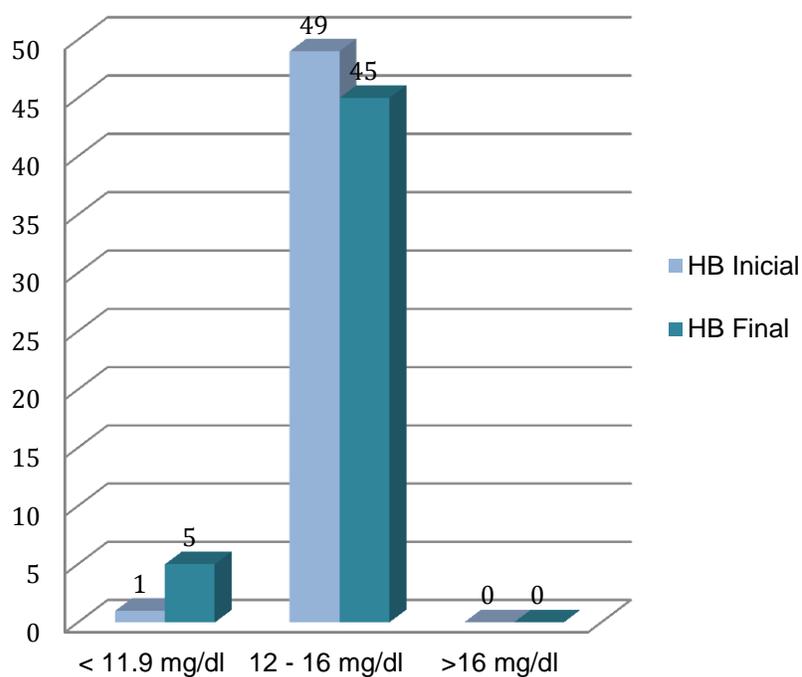
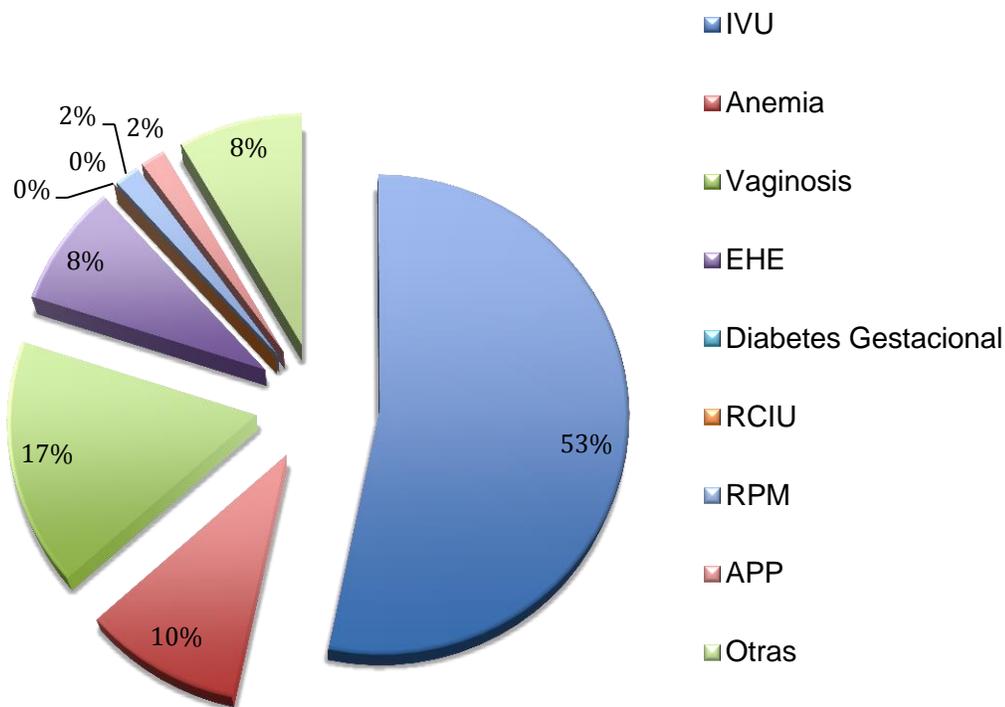


Tabla 12. Complicaciones presentadas en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay durante el año 2012.

Complicaciones Obstétricas	Número
IVU	32
Anemia	6
Vaginosis	10
EHE	5
Diabetes Gestacional	0
RCIU	0
RPM	1
APP	1
Otras	5
Total	60

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 12. Complicaciones presentadas en embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay durante el año 2012.



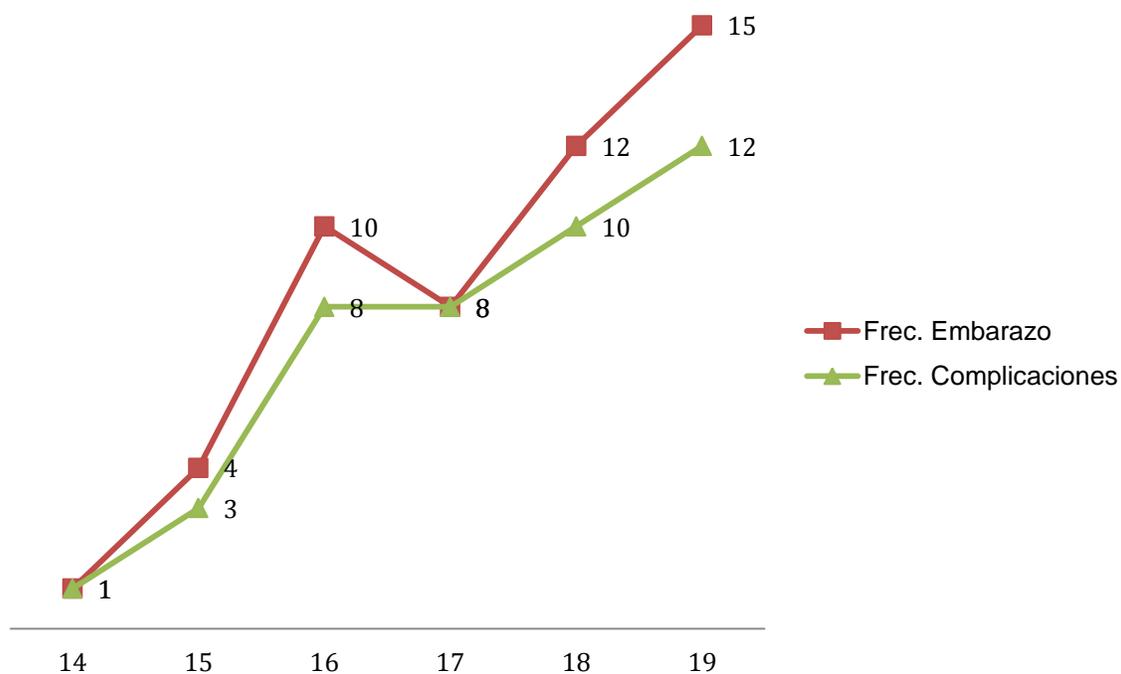
Fuente: Tabla 12

Tabla 13. Frecuencia de complicaciones obstétricas según grupo etario de embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay durante el año 2012.

edad	Total de embarazos por edad	Total de embarazadas con complicaciones por edad
14	1	1
15	4	3
16	10	8
17	8	8
18	12	10
19	15	12
Total	50	42

Fuente: Anexo 2. Formato de recopilación de datos.

Gráfico 13. Frecuencia de complicaciones obstétricas según grupo etario de embarazadas adolescentes del Centro de Salud Urbano de Acambay durante el año 2012.



Fuente: Tabla 13

XII ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Sin duda alguna, el embarazo en la población adolescente es una entidad que se sigue presentando y lo hace cada vez con mayor frecuencia.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio realizado en la población adolescente que acudió al centro de salud urbano de Acambay durante el año 2012 fue de 50 casos de embarazo adolescente con una tasa de incidencia relativa del 21% dentro del total de embarazadas (Gráfico 1).

Según lo reportado por la UNICEF en su estudio del 2011 titulado “Estado mundial de la infancia y la adolescencia” ⁽³⁾, el embarazo adolescente se está presentando a edades cada vez menores. En la población de adolescentes estudiada, la mayor incidencia de embarazo se presentó a los 18 y 19 años con un 24 y 30% respectivamente (Gráfico 2) manteniéndose dentro del rango de edad que continúa reportándose con mayor frecuencia, así mismo coincide con la edad de inicio de vida sexual (Gráfico 3) ya que la mayoría de las adolescentes tuvo su primera relación sexual a los 17 o 18 años. Cabe resaltar que dentro del grupo etario de 16 años hay una mayor incidencia de embarazo en comparación con los grupos etarios menores, y semejante a la de los grupos con mayor incidencia de embarazadas (17 y 18 años) cumpliéndose la idea de que la incidencia va siendo mayor a edades menores con la probabilidad muy incrementada de padecer alguna complicación durante el embarazo debido a que la bibliografía también indica que entre más joven es la madre adolescente, mayor es el riesgo de complicaciones en su embarazo ⁽¹⁸⁾.

En un análisis comparativo entre la incidencia del embarazo adolescente por grupo etario y la edad de inicio de vida sexual (Gráficos 2 y 3) se puede observar que solo trascurrió un periodo no mayor de un año entre la primera relación sexual y la presentación del embarazo; coincidiendo con el dato estadístico que posterior al inicio de vida sexual activa en la mujer adolescente, esta queda embarazada aproximadamente después de 6 meses ⁽⁹⁾ con una probabilidad mayor de volverse

a embarazar dentro de los próximos dos años subsecuentes al nacimiento del primer hijo, probablemente debido a la mala práctica de métodos anticonceptivos, desinformación o incluso a la no utilización de los mismos.

La vida de la adolescente cambia en muchos aspectos al encontrarse frente a un embarazo, las más de las veces, no planeado. Uno de los aspectos que más sufre cambios es la formación académica de las adolescentes (Gráfico 4), encontrando en este estudio que 32 pacientes (64%) reportaron tener la secundaria terminada, en contraste con solo 12 pacientes (24%) que reportaron cursar la preparatoria o haberla terminado. Todo esto nos hace ver que la situación a la que se enfrenta la madre adolescente la obliga a truncar sus estudios en la mayoría de los casos, encontrándose así en una falta de preparación para la vida futura y haciendo que por la misma falta de formación e información sea más propensa a cursar con comorbilidades durante su embarazo y con un pronóstico más sombrío para la vida extrauterina del producto.

La insuficiente preparación académica orilla a la madre adolescente a una situación económica difícil al no contar con las suficientes herramientas para poder incursionar en el mundo laboral. Esto se refleja en la ocupación de las adolescentes estudiadas (Gráfico 5) con un 56% dedicándose a las labores del hogar, un 38% continuando sus estudios y solo un 6% con empleo, situaciones que al no contar con una actividad económicamente productiva en la mayoría de las adolescentes, condiciona dependencia económica hacia la pareja o la familia, aumentando el riesgo de complicaciones dentro del embarazo al no contar con los recursos económicos necesarios para una atención óptima del embarazo y depender de segundas o terceras personas para solventar sus necesidades.

La falta de madurez psíquica y la poca proyección a futuro de los adolescentes hacen que las relaciones interpersonales con la pareja carezcan de seriedad y responsabilidad, generando una situación inestable para la madre adolescente. Dentro del estado civil que fue reportado por las adolescentes (Gráfico 6) se encontró que 68% se encuentra bajo unión libre, el 30% es soltera y solo el 2% es casado, generando así un número alto de pacientes con una situación a futuro

incierto y que puede repercutir con la tranquilidad de la madre durante su embarazo ocasionando estrés en la misma, aunado a la falta de formación académica y pocas probabilidades de un trabajo bien remunerado, que puede ocasionar que durante el embarazo presente una mayor “predisponibilidad” a cursar complicaciones obstétricas y en caso de padecer alguna o varias de ellas, estas tengan un mal pronóstico, terminando con la muerte de alguna parte del binomio madre-hijo o de ambos.

Las toxicomanías dentro de la población adolescente van en aumento, con un marcado incremento en las mujeres adolescentes más que en los hombres, aumentando el riesgo de embarazos no planeados y de complicaciones del mismo ^(15,16). Dentro del presente estudio, el índice de toxicomanías a sustancias legales reportado (Gráficos 7 y 8) fue relativamente bajo al encontrar solo 5 casos positivos para alcoholismo y 2 casos positivos para tabaquismo, por lo que se deduce que en la población estudiada las toxicomanías no fueron un factor de riesgo de importancia para complicaciones obstétricas.

De acuerdo con la NOM-007-SSA2-1993 Atención de embarazo, parto, puerperio y del recién nacido ⁽⁵⁾, toda embarazada debe de tener como mínimo 5 consultas a lo largo de su embarazo y aumentar el número de las mismas de acuerdo con las características de cada madre y de la evolución de la gestación. En los resultados obtenidos (Gráfico 9), el 64% de las pacientes acudió a 5 consultas o más, cumpliendo así lo establecido en la norma oficial mexicana y un 36% solo acudió a 4 consultas o menos generando en estas pacientes una deficiente atención durante su embarazo, un mayor riesgo de presentar complicaciones, de un diagnóstico y tratamiento ineficaz en caso de haberlas presentado, así como un aumento en la posibilidad de muerte por causas maternas al no contar con la atención médica adecuada.

Unos de los aspectos que se debe vigilar para valorar el riesgo de padecer complicaciones futuras dentro del embarazo se encuentra la vigilancia del peso materno así como de las cifras de hemoglobina (Gráficos 10 y 11) para valorar si por las condiciones iniciales y finales de la paciente, ésta presente cierta

predisposición hacia padecer alguna complicación obstétrica. Dentro de los expedientes que fueron revisados se encontró que el 70% de las madres adolescentes cursó con un aumento de peso dentro del parámetro normal (5 a 12kg), dejando solo al 14% (7 pacientes) para bajo peso y 16% (8 pacientes) para aumento exagerado de peso, generando que el 30% de las embarazadas estudiadas cursaran con un riesgo aumentado por el factor del peso materno para padecer alguna complicación obstétrica. Dentro de las cifras de hemoglobina inicial y final, se encontró que solo una paciente cursó con cifras bajas de hemoglobina al inicio de su embarazo misma que prevaleció y se unió a otras 4 madres adolescentes que cursaron con cifras bajas de hemoglobina al final de su embarazo aumentando su riesgo de una probable anemia como complicación ⁽¹⁹⁾.

El embarazo adolescente se considera de alto riesgo debido a que a lo largo del tiempo y en estudios realizados al respecto se ha detectado que la mujer adolescente al quedar embarazada presenta una elevada predisposición a complicaciones durante su embarazo, así como a un peligro elevado de muerte por causas obstétricas ^(2,3).

Coincidiendo con lo reportado por Domínguez y Herazo ⁽¹⁸⁾ en su estudio realizado en una provincia de Colombia durante el año 2009, la causa más común de enfermedades durante el embarazo en la adolescencia fue la infección de vías urinarias con 32 casos (53%) de total, seguida de la infección vaginal con un 17 % y la anemia con un 10% (Gráfico 12). Estas tres entidades se han descrito como las más frecuentes durante el embarazo, dato que ahora se corrobora con estos resultados. Sin embargo también se puede observar que las enfermedades hipertensivas del embarazo muestran una frecuencia alta en esta población (8%) comparada con la reportada en embarazadas en general (6%) ⁽²²⁾. La asociación más frecuente entre dos comorbilidades fue la de infección de vías urinarias y la infección vaginal, probablemente por la cercanía anatómica. La frecuencia de ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, diabetes gestacional y retraso de crecimiento intrauterino no tuvo relevancia en este estudio.

La edad es el factor predictivo más importante para la presencia o no de complicaciones durante el embarazo adolescente. Por lo que se realizó un análisis comparativo entre la incidencia de embarazadas por edad y la presencia de complicaciones en la población de estudio (Gráfico 13) encontrando que mientras menor es la adolescente mayor es la probabilidad de cursar con alguna complicación durante su embarazo⁽¹⁸⁾ y que a mayor edad, la frecuencia de complicaciones disminuye mientras más años tenga la mujer, por lo que se confirma con los reportes de que el embarazo en adolescentes es una entidad de alto riesgo, por las complicaciones que este puede traer a la madre y al producto.

XIII RECOMENDACIONES

La prevención es sin duda el mejor enfoque que se le puede dar a la medicina en nuestros tiempos, y prevenir el embarazo adolescente debe de ser una de las acciones a las que se deben encaminar las políticas de salud pública.

1. Incluir dentro del programa educativo nacional una mayor formación acerca de la sexualidad dentro de los niveles básicos de educación, para que el alumno vaya formando competencias acerca del tema y verlo con la naturalidad que a este le compete.
2. Incentivar a los padres de familia a que se acerquen a sus hijos, formen una relación de confianza para que se oriente sobre cómo vivir una sexualidad libre de riesgos y que se busque el apoyo parental para resolver los problemas que se presenten.
3. Dirigir con mayor énfasis las campañas de planificación familiar hacia la población adolescente para que cuenten con la información necesaria para poder tomar la decisión de utilizar o no un método anticonceptivo, cual es la mejor opción de acuerdo a sus necesidades y la manera correcta de su uso.
4. Crear servicios amigables dentro de los centros de salud para que los adolescentes se sientan con la confianza de acudir a solicitar la atención u orientación y así hacerlos partícipes de la prevención y su autocuidado.
5. Invitar a los jóvenes a formar parte del programa “Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)” dentro de la misma unidad, para capacitarlos y convertirlos en educadores y difusores de las campañas preventivas en su propia comunidad.

6. Detectar lo más pronto posible a las adolescentes embarazadas para brindarles una mejor atención y realizar mejores acciones de prevención.
7. Mantener bajo vigilancia estrecha a la futura madre adolescente, con citas médicas mensuales como mínimo durante su embarazo.
8. Informar sobre los datos de alarma propios del embarazo a las pacientes para que en caso de presentarlos acudan inmediatamente a revisión y poder disminuir las complicaciones obstétricas y sus posibles secuelas.
9. Invitar a toda paciente embarazada a las reuniones que realiza el “Club de embarazadas”, organizado en cada centro de salud por parte del personal de enfermería, en donde se les imparten talleres de sobre estimulación temprana, higiene personal, saneamiento básico y sobre las acciones a realizar en caso de presentar alguna urgencia obstétrica.
10. Por último, hacer hincapié en la importancia que tiene la educación para poder erradicar este problema. Pero no solo en cuestión de educar a la población adolescente, sino también a los padres y madres de familia, a los docentes, al personal de salud y todas las personas que entran dentro del contexto de un embarazo adolescente que de una forma u otra permiten que los y las adolescentes actúen de manera irresponsable y desinformada, permitiéndoles conductas de alto riesgo que pueden terminar hasta con su propia vida.

XIV BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hernández A, Rodríguez Y, Rivero M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. Artículos originales. 2012; 45-46.
- 2.- Secretaria de Salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. 2da.ed. México: Dirección General de Salud Reproductiva; 2002: pág. 13 – 48.
- 3.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Adolescencia. Una época de oportunidades. Nueva York; febrero 2011: pág. 16 – 39.
- 4.- Casas JJ, Ceñal MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2008; IX (1):20 – 24.
- 5.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 6.- Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012; 38 (3):333 – 342.
- 7.- López Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana de Enfermería*. 2011; 27 (4): 337 – 350.
- 8.- León P, Minassion M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped* .2008; 5(1): 42 – 51.
- 9.- Rangel D, González E, Barrera M, Pereda H. embarazo en la adolescencia: Su comportamiento en San Luis. *Rev Ciencias Médicas*. Julio-agosto, 2012; 16(4): 74 – 83.
- 10.- Baeza B, Póo AM, Vázquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007; 72(2): 76 – 81.
- 11.- Ávila GA, Barbena M, Argüello P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbanomarginales de Comayagüela. *Rev Med Hondur*. 2011; 79(2): 68 -72.
- 12.- Palacios JR. Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana* [En línea]. 2012. [Fecha de acceso 1 de junio de 2013]; No. 1 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623004>.

- 13.- Salamó A, Gras ME, Font S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* [En línea].2010. [Fecha de acceso 1 de junio 2013]; No. 2 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712496003>.
- 14.- Favela MA, Alonso MM, López KS. FACTORES PERSONALES Y CREENCIAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [En línea].2008. [Fecha de acceso 1 de junio de 2013]; No 1 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212853005>.
- 15.- Calleja N. Susceptibilidad al consumo de tabaco y comportamiento tabáquico en las adolescentes. *Universitas Psychologica* [En línea]. 2012. [Fecha de acceso 1 de junio de 2013]; No. 4 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64725418017>.
- 16.- Calleja N, Pick S, Reidl L, González C. Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Mental* [En línea].2010. [Fecha de acceso 1 de junio de 2013]; No. 5 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58219793006>.
- 17.- Cortés H. Prevalencia de tabaquismo en una población de embarazadas en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [En línea]. 2011. [Fecha de acceso 1 de junio de 2013]; No. 2 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222502008>.
- 18.- Domínguez R, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [En línea]. 2011. [Fecha de acceso 7 de junio de 2013]; No. 2 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222502003>.
- 19.- “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos”. México: Secretaria de Salud; 2010.
- (20).- “Diagnóstico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo durante el embarazo, en Primer Nivel de Atención”, México: Secretaria de Salud; 2009.
- 21.- Arroyave V, Cardona AF, Castaño JJ, Giraldo V, Jaramillo M, Moncada NC, Aicardo E, Villegas OA. Caracterización de la infección de las vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de primer nivel de atención (Manizales, Colombia), 2006-2010. *Archivos de Medicina (Col)* [En línea]. 2011. [Fecha de acceso 7 de junio de 2013]; No. 1 URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434003>.
- 22.- “Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo”, México: Secretaria de Salud; 2010.

- 23.- Padilla N, Díaz R, Ruiz ML, Canfield CM, Avecilla AA. Hipertensión inducida por el embarazo y peso de los productos al nacer. Acta Universitaria [En línea]. 2013. [Fecha de acceso 8 de junio de 2013]; No. 1 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41626112001>.
- 24.- Contreras E, Arango LG, Zuluaga SX, Ocampo V. DIABETES Y EMBARAZO. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En línea]. 2008. [Fecha de acceso 8 de junio de 2013]; No. 1 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214324006>.
- 25.- “Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo”, México: Secretaria de Salud; 2009.
- 26.- “Diagnóstico y tratamiento de la Restricción de Crecimiento Intrauterino”, México: Secretaria de Salud; 2011.
- 27.- García R, Durán C, Ayala P, Pardo JD, Martínez R, Bermúdez M, Bernal J. ASOCIACIÓN ENTRE LA ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LA HOMOCISTEÍNA-METIONINA Y FOLATO, Y EL RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO IDIOPÁTICO (RCIU). DATOS PRELIMINARES. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En línea]. 2012. [Fecha de acceso 8 de junio de 2013]; No. 4 URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195225491005>.
- 28.- “Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas Pretermino”, México: Secretaria de Salud, 2010.
29. - Arango MP, Aroca AM, Caicedo C, et all. Factores de riesgo para parto pretermino en el departamento de Caldas entre el 2003 – 2006. Arch Med. 2008; 8(1): 22 – 31.
- 30.- “Prevención Primaria y Tamizaje del Parto Pretermino en el Primer Nivel de Atención”, México: Secretaria de Salud; 2008.
- 31.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea]. Madrid España: 2001. [Fecha de acceso 27 junio de 2013] URL disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.

XV ANEXOS

XV.I INSTRUMENTO DE TRABAJO (ANEXO 1).

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número progresivo: _____

Número de Expediente: _____

Edad: _____ años.

Escolaridad: Analfabeta ___ Primaria ___ Secundaria ___
Preparatoria ___ Carrera Técnica ___

Estado Civil: Soltera ___ Casada ___ Unión Libre ___ Separada/Divorciada ___
Viuda ___

Ocupación: Desempleada ___ Estudiante ___ Ama de Casa ___ Empleada ___
Obrera ___

Edad de Inicio de Vida Sexual Activa: _____ años.

Peso Inicial: _____ kg Peso Final _____ kg

Cifras de Hemoglobina Inicial _____ Mg/dL.

Cifra de Hemoglobina Final: _____ Mg/dl

Alcoholismo: Positivo ___ Negativo ___

Tabaquismo: Positivo ___ Negativo ___

Número de Consultas de Atención Prenatal: _____ consultas.

Complicaciones Obstétricas Presentes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas |
| <input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias | <input type="checkbox"/> Amenaza de parto pretermino |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva del embarazo | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus gestacional | |
| <input type="checkbox"/> Infección vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Retraso en crecimiento intrauterino | |

XV.II HOJA DE RECOPIACIÓN DE DATOS (ANEXO 2)

<i>Numero Progresivo</i>	<i>Numero De Expediente</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Edad De Inicio De Vida Sexual Activa</i>	<i>Peso inicial</i>	<i>Peso final</i>	<i>Cifra De Hemoglobina inicial</i>	<i>cifra de Hemoglobina final</i>	<i>Alcoholismo</i>	<i>Tabaquismo</i>	<i>Numero De Consultas</i>	<i>Complicaciones Obstétricas</i>
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

XV.III COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA JEFATURA DE LA JURISDICCIÓN NUMERO 1 DE ATLACOMULCO.



"2013, Año del Bicentenario de los Sentimientos de la Nación"

Atlacomulco de Fabela, México.
A 15 de Julio de 2013.
Oficio No. 217B20012 / 3284 / 2013
Enseñanza, Investigación y Calidad

Jefe del Departamento de Evaluación Profesional
Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma del Estado de México
P r e s e n t e.

En relación a la solicitud del Médico Pasante José Abraham Villalobos Mondragón, quien se encuentra realizando su Servicio Social en la Coordinación Municipal de Salud Acambay, de esta Jurisdicción a mi cargo, para llevar a cabo el proyecto de tesis titulado "Incidencia, Riesgos y Complicaciones del Embarazo en Adolescentes que acuden al Centro de Salud Urbano Acambay, Acambay, Estado de México durante el año 2012"; comento a Usted que no existe inconveniente para lo anterior, con el compromiso de hacer llegar al área de Investigación Jurisdiccional el protocolo correspondiente, así como informar de acuerdo a la normatividad de los resultados obtenidos al final de dicha investigación.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

P.A.



Dra. Lizette Verónica Barrera Fournier
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco

C.C.- Coordinación de Enseñanza, Investigación y Calidad Jurisdiccional.
DRA.LVBF/DRA.MTDS/ricj*

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA ATLACOMULCO.

XVI GLOSARIO

Adolescencia: Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Alcoholismo: Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas.

Atención prenatal: Conjunto de actividades sanitarias que recibe la embarazada durante la gestación.

Complicación obstétrica: Disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Embarazo: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento de producto a término.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Especificidad: Probabilidad de que un sujeto sano tenga un resultado negativo en una prueba.

Estudio descriptivo: tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando. Los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.

Estudio retrospectivo: Que se considera en su desarrollo anterior. Presenta cronológicamente los eventos con el fin de mostrar su trayectoria.

Factor de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Frecuencia: Número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo.

Hemoglobina: Proteína de la sangre, de color rojo característico, que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Peso: Fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa.

Prevalencia: Proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Sensibilidad: Probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en una prueba diagnóstica un resultado positivo.

Tabaquismo: Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco.

Variable: Característica que al ser medida en diferentes individuos es susceptible de adoptar diferentes valores.

Variable independiente: aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado.

Variable dependiente: propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

Vida sexual activa: Periodo de la vida de un sujeto en el que se mantienen relaciones sexuales.