

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo Terminal

Para obtener el diploma en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

C. Julio Cesar Coronel Prado.

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez.

Frecuencia de factores de riesgo de embarazo en
adolescentes adscritos a unidades de medicina familiar del
IMSS en Mexicali.

Mexicali, B.C., Noviembre del 2015.

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

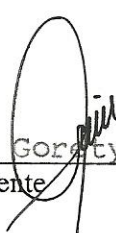
Mexicali, B.C. a , 30 de noviembre de 20 15.

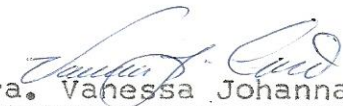
Loa abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito
Denominado: Factores de riesgo de embarazo en adolescentes
adscritos a unidades de Medicina Familiar del IMSS en
Mexicali.

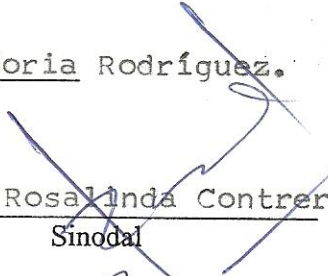
que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, presenta:

C. Julio Cesar Coronel Prado

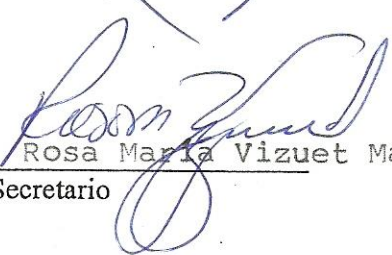
Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado por unanimidad.


Dra. Carmen Goraty Soria Rodríguez.
Presidente


Dra. Vanessa Johanna Caro
Sinodal


Dra. Rosalinda Contreras Ordoñez.
Sinodal


Dra. Alma Lilia Ibarra Romero.
Sinodal


Dra. Rosa María Vizuet Martínez.
Secretario

RESUMEN

Coronel-Prado Julio, Soria-Rodríguez Carmen, Urias Torres Ernesto.

TITULO: Frecuencia de factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritos a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali.

OBJETIVO: Enumerar los factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritos a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo de adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad, adscritas a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali, que hayan sido atendidas en la consulta externa en el HGP No.31 del IMSS. En un periodo del 01 de septiembre de 2011 al 01 de noviembre de 2011. Se obtuvo información mediante hoja de recolección de datos, para posteriormente analizar los resultados y enumerar los factores de riesgo de embarazo.

RESULTADOS: De las 163 adolescentes evaluadas el 32% correspondió a el grupo de edad de 19, el 28% al grupo de 17 años. Estas adolescentes presentaron su Menarca mas de la mitad 64% en un rango de los 11 a los 14 años de edad e iniciaron su vida sexual en su mayoría en un 37% a los 15 años, sin olvidar mencionar que la suma de los 3 porcentajes más altos nos dan un resultado alarmante, el 82% de las adolescentes en estudio iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años de edad, como un factor de riesgo, a menor edad de inicio de vida sexual mayor el riesgo de embarazarse. El tipo de familia según su estructura fue más frecuente la familia nuclear. En hallazgos con horas de televisión, por arriba de 4 por día, de contenido programático en su mayoría por telenovelas 35%. La mayoría ha usado métodos anticonceptivos temporales.

CONCLUSIONES: La mayoría de las pacientes en estudio ha iniciado su vida sexual en edades tempranas como un factor de riesgo importante para embarazo y sus consecuencias. El tipo de familia según su estructura no concuerda con estudios realizados en otros países. Los adolescentes no usan métodos anticonceptivos rutinariamente solo ocasional y con desconocimiento de los mismos. Su grado de escolaridad más frecuente es educación secundaria de ahí el bajo grado de la adolescente embarazada.

**Palabras clave: Adolescente, embarazo, escolaridad, menarquia, IVSA, tipología familiar.*

1. Marco teórico

El término adolescente según la OMS se refiere a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad. La adolescencia, es un proceso de formación que origina estilos de vida, crea una concepción de valores, de relaciones interpersonales y del sentido de la existencia. Esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.³ Cada año 14 millones de mujeres adolescentes dan a luz, lo que representa un poco más del 10% del total de nacimientos a nivel mundial. En América latina los nacimientos entre adolescentes representan entre el 15 y 20% del total en esta región.³

Hay una gran variación en las tasas de fecundidad entre los diferentes países y su grado de desarrollo, por ejemplo en Japón la tasa de fecundidad es de 4/1000,000, en Mauritania 300/1000,000 y en México 70/100, 000,000.¹¹

Las cifras sobre embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminen en un aborto espontáneo o inducido.³

En 1997 en el sistema nacional de salud de México se presentaron 1266 defunciones maternas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio con una tasa de 4.7/10,000 nacidos vivos registrados.⁸

La magnitud de las tasas de defunción en adolescente impactan mayormente debido a que durante la adolescencia los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo colocan a las mujeres en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas de diversas causas de morbi-mortalidad con el impacto adicional consecuente del producto de la gestación.⁸

El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la mujer y su familia. Las reacciones más comunes incluyen ira, culpabilidad y negación a admitir el

problema. Generalmente, las adolescentes se privan de asistencia médica durante su embarazo por ignorancia o vergüenza, lo que resulta un riesgo por las complicaciones que puedan generarse. Estas adolescentes necesitan comprensión, atención médica e instrucción, especialmente acerca de nutrición, infecciones, abuso de sustancias tóxicas como el tabaco y el alcohol.⁸

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:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a Creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.⁹
2. Factores de riesgo familiares: Desintegración familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, Ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad y marginación.⁹

Los adolescentes con familias integradas tienen mayor protección contra embarazos, contrario a aquellos provenientes de familias desintegradas, con probabilidad menor de tener conductas de riesgo y embarazo. Y aquellos adolescentes que dialogan con sus padres sobre sexualidad, presentan menor incidencia de inicio de vida sexual a edad temprana.¹⁰

Con respecto a educación escolar, la maternidad en la adolescencia explica el menor nivel de educación en las jóvenes y las adolescentes que quedan embarazadas ya que suelen abandonar la escuela mucho antes.¹⁰

Pubertad:

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. La actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando madurez sexual antes en mujeres que hombres.^{11,7} Durante este periodo las mujeres se manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición de vello púbico y la primera menstruación. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de esperma. Estas manifestaciones anuncian el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva.

Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado especial para la vida y la sexualidad de los jóvenes, representa la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspecto físico como psicológico y social.^{11,7}

La madurez sexual en las mujeres es marcada por el comienzo de la menstruación llamada Menarquia la cual puede ser:

Temprana <10 años

Normal 10-14 años

Tardía >15 años

Embarazo

Comienza cuando el espermatozoide fecunda el óvulo y posteriormente se implanta en la pared del útero. El producto de la concepción y hasta la semana 8 de gestación recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana hasta el parto se llama feto.^{11,7}

Riesgo obstétrico

Factores externos o intrínsecos a la mujer que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, desarrollo del parto y puerperio o que puedan alterar el desarrollo o supervivencia del producto de la gestación.

Aborto espontáneo, pre eclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto ilegal inducido.¹²

Familia

Son los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Son diversas las definiciones y los autores del concepto familia, por lo que en este estudio abordaremos en base a la definición de la OMS.

Dentro de la familia encontramos la siguiente clasificación de Irigoyen según su estructura:

Familia nuclear: Formada por una pareja con o sin hijos.

Familia mono parental: Ausencia parcial, temporal o total de uno de los progenitores.¹⁵

2. Antecedentes

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, es un fenómeno biológico, psicológico y social de gran importancia, debido al aumento progresivo en toda Latinoamérica y Estados Unidos. Además, las múltiples y graves consecuencias que deja en las adolescentes y su hijo, hace que sea necesario empezar a realizar estrategias realmente preventivas, basadas en realidades concretas¹

El tipo de familia según su estructura es un factor de riesgo de embarazo en adolescentes, un estudio realizado en Honduras en la Universidad Autónoma de Nicaragua en el año 2005 revela que la mayoría de mujeres adolescentes embarazadas provenía de familias mono parentales, de escasos recursos económicos y con una alta tasa de deserción escolar.^{1,2} Situaciones y grupos de riesgo: mujeres, hombres y niños que practican prostitución y otras formas de explotación sexual. El acceso a la educación se ha considerado una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo.²

Es importante la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una sobrevaloración del sexo, sin compromiso afectivo, también la familia se cita continuamente como un factor determinante para su desarrollo²

El inicio de vida sexual y el comienzo de Menarquia en etapas tempranas es considerado un factor de riesgo más de embarazo. Un estudio realizado en la universidad autónoma de Nicaragua sobre planificación familiar y algunas perspectivas sobre el embarazo en adolescentes arrojó información sobre la edad de inicio de vida sexual donde se informa que un 70% había iniciado antes de los 15 años de edad, sin conocimiento de métodos anticonceptivos.^{3, 10}

Otro estudio realizado en Costa Rica, por el colegio de enfermeras en la comunidad de Ajuelita sobre la relación entre embarazo adolescente y escolaridad demostró que la mayoría de adolescentes en estudio tenía un grado bajo de escolaridad presentando apenas la educación primaria terminada. Tuvieron su Menarca a los 11 y 15 años de edad, con una moda de 15 años. La mayor parte con su primera relación sexual a los 15

años de edad como promedio.⁴ En contraparte se encontró en un estudio realizado en la universidad de la frontera en Chile sobre Factores protectores del embarazo no deseado, en los cuales se encuentran la capacidad reflexiva y el proyecto de vida.⁵

En México se han realizado diversos estudios sobre el embarazo en adolescentes, El estudio “Adolescentes mujeres y embarazo”, investigación realizada por el Instituto Guttmacher en asociación con el instituto de salud pública del estado de Morelos, encontró que gran parte de los nacimientos entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años en América Latina no fueron planeados.^{6,13} En esta investigación se busco la asociación entre madres adolescentes y diversas variables aplicando un cuestionario sobre grado de escolaridad, tipo de familia, estado socioeconómico, y se encontró que la mayoría de las adolescentes había terminado la primaria o se encontraba cursándola, provenían de una familia nuclear y de un estrato socioeconómico medio bajo.^{6,13}

Un estudio realizado por la secretaria de salud en México en el año 2002, refiere que muchas jóvenes evitan el control natal 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. Aun conociendo los métodos de anticoncepción, algunas mujeres no los usan por diversas razones: Por ser mal visto que una mujer tenga iniciativa en esa actividad, por ser cuestionado que ejerza el sexo por placer, porque suponen que los varones tienen experiencia y deben decidir en el terreno de la sexualidad.⁷

3.1 Planteamiento del problema

Cada año 14 millones de mujeres adolescentes, dan a luz en el mundo. Lo cual representa poco más del 10% del total de los nacimientos. En América latina los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20% del total en esta región, los cuales no son planeados.

México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2009, de los cuales 6.3 son mujeres. Casi medio millón de mexicanas menores de 20 años dieron a luz en el año 2005, reportándose 144,670 casos de adolescentes con un hijo o un primer embarazo entre los 12 y 18 años de edad y educación de tipo básico.

En los últimos años en Mexicali, se ha visto un alto número de jóvenes embarazadas, que aún no han terminado su secundaria o preparatoria, 4 de cada 10 partos son de menores de 17 años. Mexicali no cuenta con investigación sobre factores de riesgo de embarazo en población adolescente, a pesar de ser zona fronteriza y contar con jóvenes provenientes de diversos estados de la república mexicana.

Es necesario buscar estrategias que ayuden a disminuir la morbilidad y mortalidad y sobre todo el embarazo en adolescentes, ya que se ha convertido en un problema de salud pública en todo México, con sus múltiples y graves consecuencias, por ello es importante empezar a estudiar más a fondo a los adolescentes y sus factores de riesgo para poder realizar estrategias realmente preventivas, basadas en realidades concretas. Es por eso que en este estudio nos hacemos la siguiente pregunta:

3.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritos a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali?

3.3 Objetivos

3.4 Objetivo General

Enumerar frecuencia de factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritos a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali.

3.5 Objetivos específicos

- A). Registrar menarquia como antecedente gineco-obstétrico en adolescentes embarazadas
- B). Conocer edad de inicio de vida sexual activa en adolescentes embarazadas
- C). Conocer el grado escolar de adolescentes embarazadas
- D). Determinar el tipo de familia según su estructura de adolescente embarazadas

4. Justificación

A pesar de la alta incidencia de embarazos en adolescentes que acuden a los servicios de salud, no se ha realizado un estudio preliminar en esta zona, la cual por ser frontera representa una gran diversidad de adolescentes provenientes de toda la república mexicana.

En la actualidad se trabaja en el tema de la adolescencia en el manejo de las consecuencias, de los actos indecisos propios de esta etapa de la vida y no se hace énfasis a la prevención y aunque se conocen algunos factores a nivel institucional, los mismos no son conocidos por las protagonistas en las cuales es considerable la idea de actuar sobre todo a nivel de las familias, por lo que los padres de familia deberán conocer los factores que inciden en el embarazo de adolescentes y también recibir consejerías sobre el manejo de sus hijos en esta difícil etapa de la vida y así juntos contribuir a establecer una mejor sociedad.

Con el presente trabajo se pretende conocer los factores de riesgo de embarazo adolescente y así detectar oportunamente a jóvenes que están en riesgo, para implementar programas y proyectos que ayuden a disminuir la morbilidad, mortalidad, abortos por embarazos no deseados y disminuir la alta tasa de fecundidad que tiene gran impacto en la pobreza del país.

5.1 Material y métodos

5.2 Diseño de la investigación

Estudio descriptivo y observacional

5.3 Marco Muestral

Muestreo no probabilístico consecutivo o accidental.

5.3.1 Población

Adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad, adscritas a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali, que hayan sido atendidas en el HGP No.31 del IMSS. Del 01 Septiembre de 2011 al 01 de Noviembre de 2011.

5.3.2 Muestra

Fórmula:
$$N = \frac{Z\alpha^2 \cdot P(q)}{l^2}$$

N = Número de pacientes necesarios

$Z\alpha^2$ = Nivel de confianza del 95%

P = Variabilidad del parámetro (prevalencia o frecuencia conocida del fenómeno)

l^2 = Precisión (margen de error)

Cálculo matemático:

$$N = \frac{1.96^2 (.30)(0.70)}{0.07^2}$$

$$= \frac{3.84 (0.21)}{0.0049}$$

$$= \frac{0.80}{0.0049}$$

$$= 163$$

$$= 163$$

$$= 163$$

= 163 Adolescentes embarazadas

Se calculó en base a fórmula para estimar proporción

Estará constituida por 163 adolescentes embarazadas que hayan sido atendidas en la consulta externa en el HGP/MF No.31 del IMSS en Mexicali. Mediante muestreo consecutivo o accidental.

5.3.3 Criterios de inclusión

- A). Mujeres embarazadas entre 10 y 19 años de edad
- B). Haber sido atendidas en la consulta externa en el HGP/MF No.31 del IMSS
- C). Aceptar participar en el estudio firmando formato de consentimiento informado

5.3.4. Criterios de exclusión

- A). Mujeres no embarazadas
- B). Tener menos de 10 o más de 19 años de edad
- C). No firmar aceptando en el estudio de formato de consentimiento informado
- D). No haber sido atendida en la consulta externa en el HGP/MF No.31 del IMSS
- E). Mujeres adolescentes que hayan tenido embarazo anterior o previo.

6.1 Instrumento de medición

Se reportaran medidas de tendencia central: Moda, media y mediana de las variables encontradas.

7.1 Categorización de las variables

a) variable dependiente.

Embarazo:

Periodo que transcurre desde la fecundación hasta el nacimiento del producto.

b) variable independiente.

Edad:

Periodo medido en años desde el nacimiento hasta la fecha

Menarquia:

Primer ciclo menstrual

Vida sexual activa (IVSA):

Edad de primera relación sexual

Escolaridad:

Grado de estudios académicos

Familia:

Son los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Objetivo	Variable	Dimensión	Construcción del indicador	Plan de análisis
Registrar Menarquia como antecedente gineco-obstétrico en adolescentes embarazadas	Menarquia	Años	Menarquia	Medida de tendencia central
Conocer edad de inicio de vida sexual activa en adolescentes embarazadas	IVSA (inicio de vida sexual activa)	Años	10 a 19 años	Medida de tendencia central
Conocer el grado de escolar de adolescentes embarazadas	Escolaridad	Grado escolar	Sin estudios Primaria, secundaria, preparatoria.	Medida de tendencia central
Conocer el tipo de familia según su integración de una adolescente embarazada	Tipo de familia según su estructura	Nuclear Mono parental	Nuclear Mono parental	Medidas de tendencia central

8.1 Procesamiento y análisis de los datos

8.2 Abordaje de los pacientes a estudiar

Se obtuvo información de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad atendidas en la consulta externa del HGP/MF No.31 del IMSS. Que cumplieron con los criterios de inclusión, así como no contar con los de exclusión.

El médico residente explicó a las pacientes sobre la problemática de los embarazos en adolescentes y les hablo sobre la existencia del protocolo de estudio y sus características generales. Se selecciono el HGP/MF No.31 del IMSS en Mexicali, por ser un hospital de concentración y así se pudo captar a las adolescentes embarazadas de diferentes colonias de la ciudad, según su clínica de medicina familiar de adscripción.

Se capacitó a personal de enfermería para colaborar con la recolección de datos, de adolescentes embarazadas en la consulta externa de ginecología, en los turnos matutino y vespertino, de lunes a viernes por ser días hábiles.

Se solicito autorización a directora de HGP/MF No.31, para tener acceso a las pacientes e iniciar la recolección de datos.

Con la finalidad de captar a 163 adolescentes embarazadas del estudio. Del 01 septiembre de 2011 al 01 de Noviembre de 2011.

Se localizaron a las adolescentes con criterios de inclusión para el estudio en la consulta externa de ginecología, se les explico sobre los factores de riesgo de embarazo en adolescentes y si deseaba participar en el estudio, se procedió a informar y esclarecer cualquier duda con respecto a la información requerida en la hoja de recolección de datos, hablándoles sobre la importancia del estudio y la seguridad de ser voluntario y confidencialidad en su totalidad. En la hoja de recolección de datos se incluyó un número de folio, así como, el número de seguridad social en caso de requerir contactar con la paciente.

9.1 Cronograma de actividades

1	Planteamiento del problema	02-mar-09
2	Revisión bibliográfica	15-mar-09
3	Redacción de objetivo Gral.	19-mar-09
4	Redacción de objetivo específicos	24-abr-09
5	Primera revisión	20-may-09
6	correcciones sugeridas	04-jun-09
7	Marco teórico	12-sep
8	Justificación	dic-09
9	Definir instrumentos de medición	14-ene-10
10	Tamaño de la muestra	20-ene-10
11	Logística del tamaño muestra	24-mar-10
12	operacionalización de variables	30-mar-10
13	plan de tabulación y análisis estadístico	23-jun-10
14	Asesoría metodológica	15-jul-10
15	Segunda revisión	25-ago-11
16	redacción de anexos	08-sep-11
17	corrección y ajustes sugeridos	21-sep-11
18	asesoría temática	23-sep-11
19	redacción final de protocolo	24-feb-11
20	envío a comité para aceptación	06-abr-11
21	aceptación de estudio	01-sep-11
22	modificación en caso de sugerencia	25-nov-11
23	tabulación y análisis de datos o	10-dic-11
24	redacción de discusión con revisión gramatical	15-dic-11
25	análisis de datos	12-dic-11
26	Revisión final de protocolo	15-dic-11
27	impresión y encuadernación de protocolo	16-dic-11
28	Entrega de versión final de tesis empastada	18-dic-11

10.1 Consideraciones éticas.

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación, así como a la declaración de Helsinki, modificada en el congreso de Tokio, Japón, en 1983.

Titulo Segundo, Capítulo III De la investigación en menores de edad o incapaces, Artículos 34-39.

a) Confidencialidad de resultados

Todos los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales

b) Consentimiento informado

Se entregara y se hará firmar una hoja de consentimiento informado en la cual se explicara a la paciente, el nombre del investigador, para que es el estudio y cuáles son los beneficios que tendrá para la sociedad dicho resultado.

11.1 Resultados

Durante el estudio realizado se encontró con 163 adolescentes embarazadas en total, en un periodo comprendido del 01 de septiembre de 2011 al 01 de noviembre de 2011. La investigación se realizó en un rango de 10 a 19 años de edad.

De la información procesada se obtuvieron los siguientes resultados:

Edad

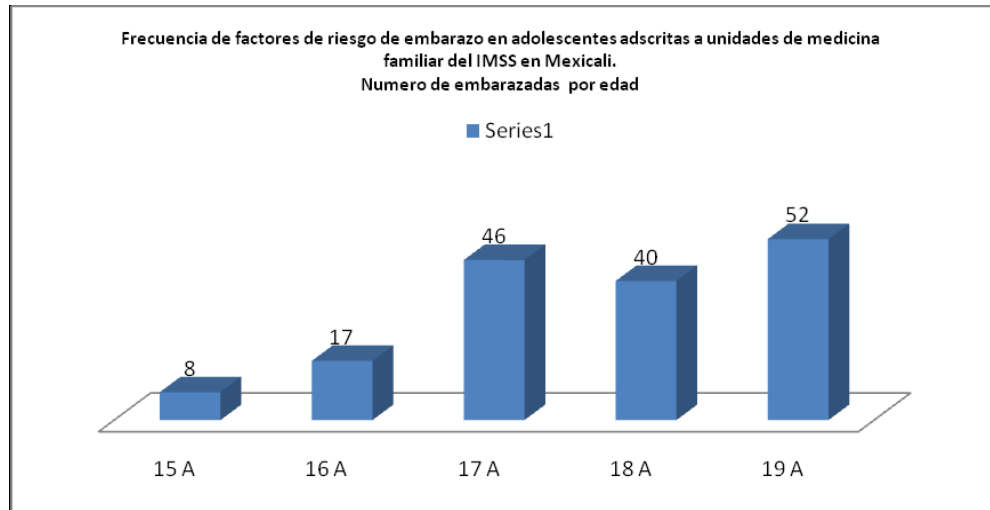
La población de estudio abarcó de los 10 a 19 años de edad. Se distribuyeron de la siguiente manera:

El 32%(52 pacientes), correspondió a adolescentes de 19 años de edad, le sigue en orden el 28%(46 pacientes) de 17 años, seguido por el 25% (40 pacientes) de 18 años, un 10% (17 pacientes) de 16 años y el menor grupo corresponde al 5%(8 pacientes) de 15 años de edad.

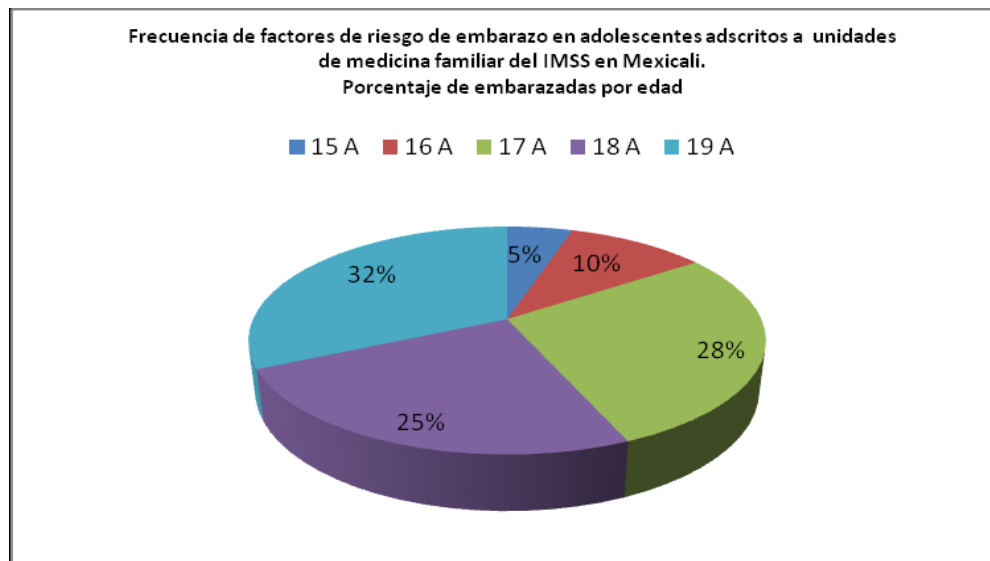
En cuanto a medidas de tendencia central se observaron los siguientes resultados:

Moda: 17 Mediana: 18

Numero de embarazadas por edad



Porcentaje de embarazadas por edad



Menarquia

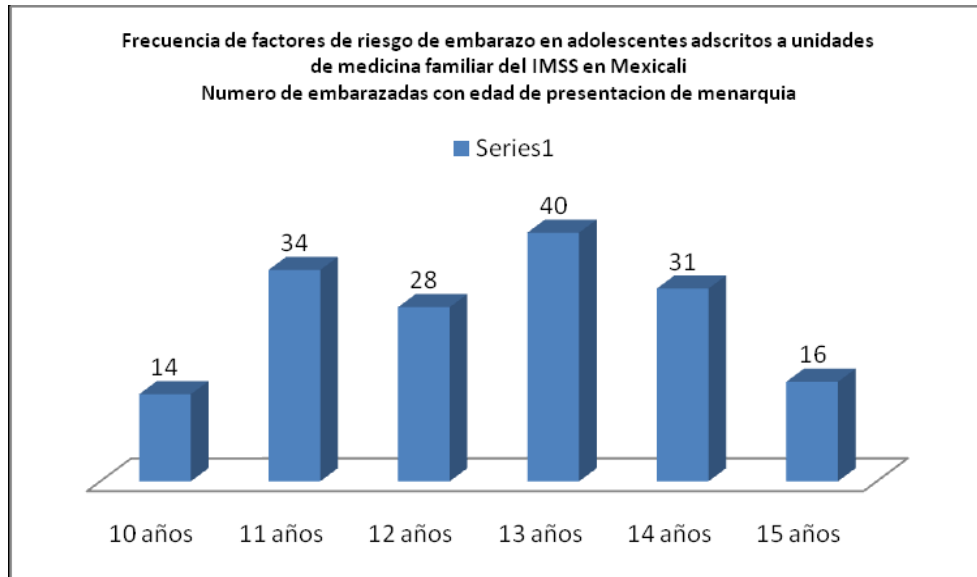
La población de estudio, mostro la siguiente distribución en cuanto a la edad de presentación de la menarquia:

El 24%(40 pacientes) correspondió a los 13 años de edad, el 21%(34 pacientes) a los 11 años, seguido del 19%(31 pacientes) a los 14 años, el 17%(28 pacientes) a los 12 años, el 10%(16 pacientes) a los 15 años y el 9%(14 pacientes) a los 10 años de edad.

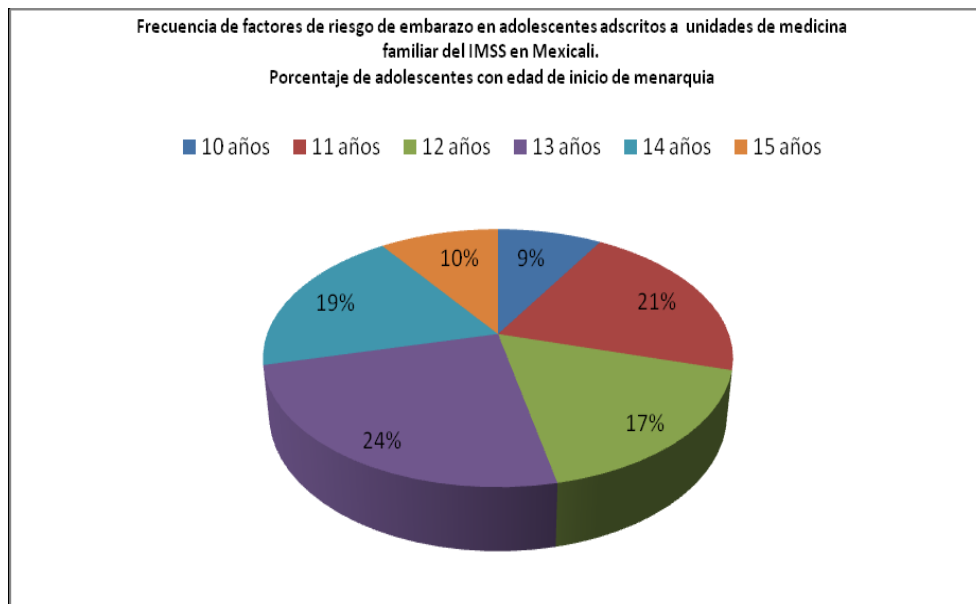
Se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a Medidas de tendencia central:

Moda: 13 Mediana: 13

Numero de embarazadas con edad de presentación de menarquia.



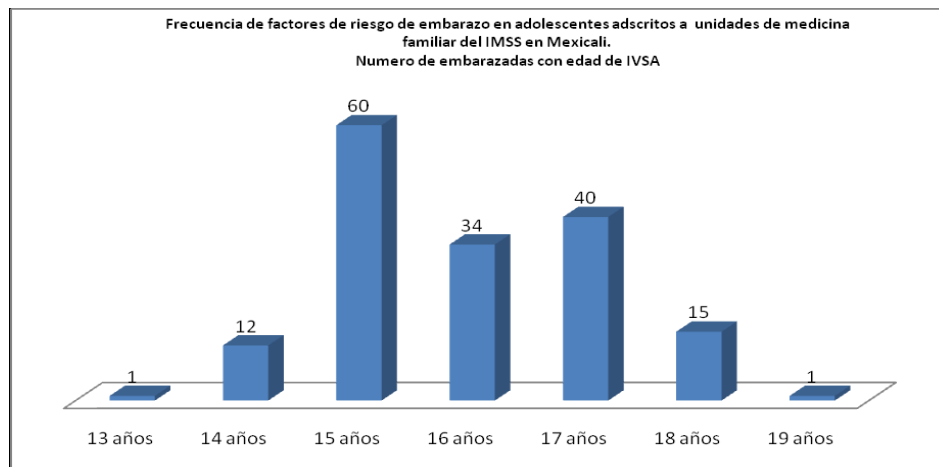
Porcentaje de embarazadas con edad de inicio de menarquia



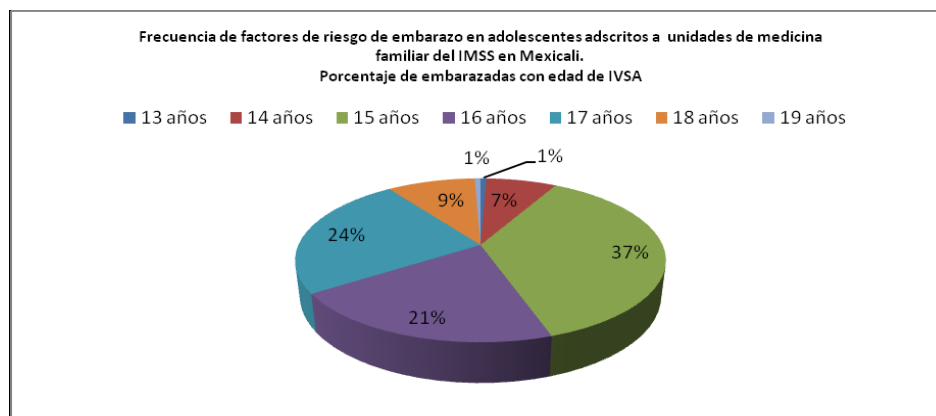
Inicio de vida sexual

La población de estudio arroja la siguiente información en referencia a la edad de inicio de vida sexual: Predominando el 37%(60 pacientes) a los 15 años de edad, seguido del 24%(40 pacientes) a los 17 años, un 21%(34 pacientes) a los 16 años, 9%(15 pacientes) a los 18 años y el 2%(2 pacientes) correspondientes al grupo etario de 13 y 19 años respectivamente. Se muestran los siguientes resultados de medidas de tendencia central: Moda: 15 Mediana: 16

Numero de embarazadas con edad de IVSA



Porcentaje de embarazadas con edad de IVSA



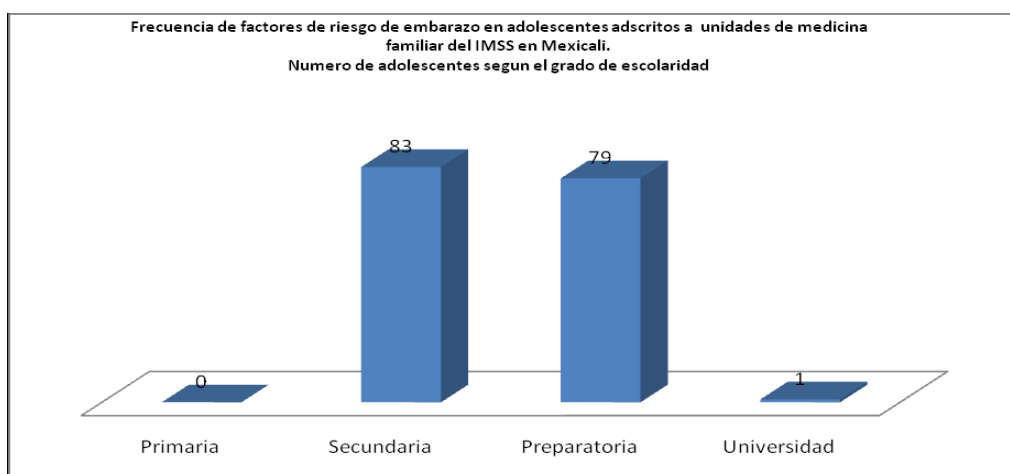
Escolaridad

El estudio de investigación nos muestra el siguiente resultado en grados de escolaridad de las adolescentes embarazadas:

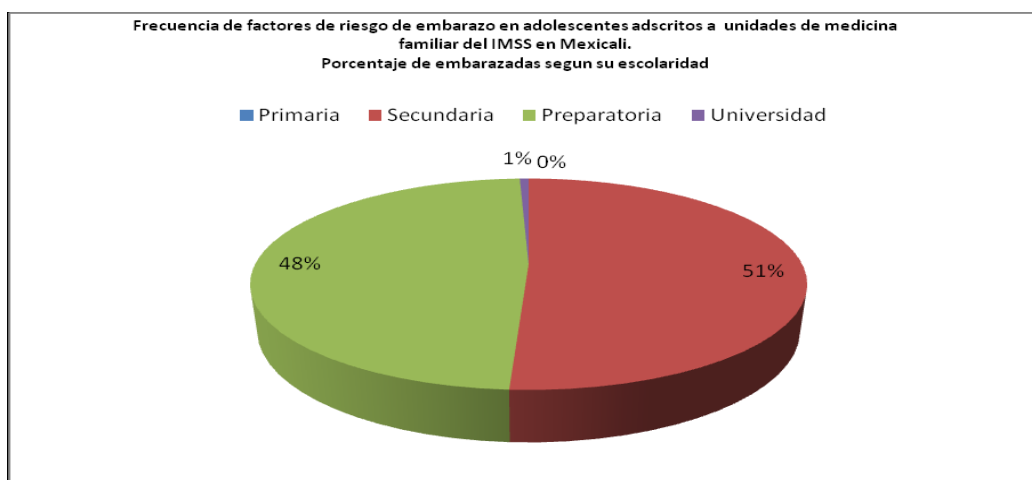
51%(83 pacientes) con secundaria terminada, el 48%(79 pacientes) con preparatoria, el 1%(1 paciente) con estudios universitarios incompletos y el 0% correspondiente a educación primaria.

Moda: Educación secundaria.

Numero de embarazadas según grado de escolaridad



Porcentaje de embarazadas según escolaridad



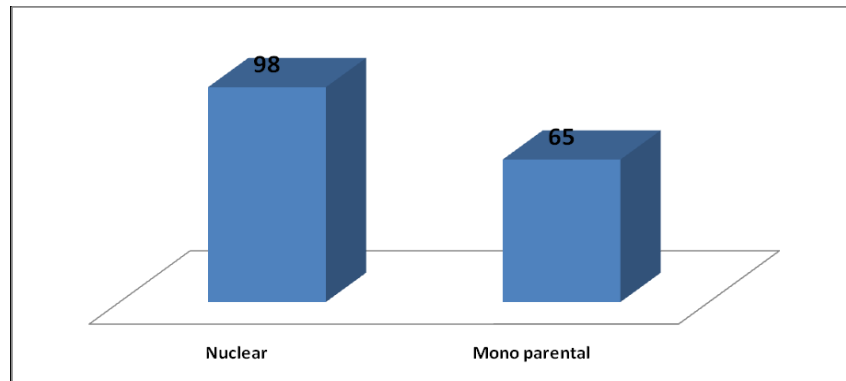
Tipología Familiar

La información obtenida del estudio de investigación nos muestra los siguientes resultados de la tipología familiar según su estructura:

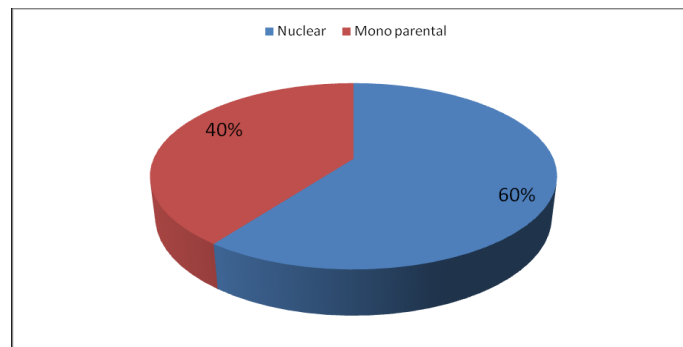
El 60%(98 pacientes) provenían de una familia nuclear y el 40%(65) de familia mono parental. El mayor porcentaje proveniente de una familia nuclear, no congruente con resultados de estudios realizados en México y otros países.

Moda: Familia nuclear.

Numero de embarazadas con tipologia familiar según su estructura

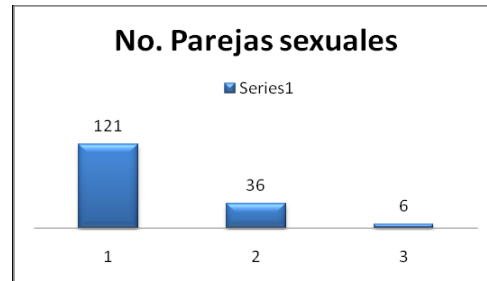
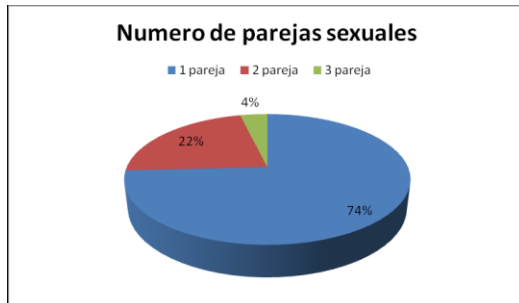


Porcentaje de embarazadas con tipologia familiar según su estructura

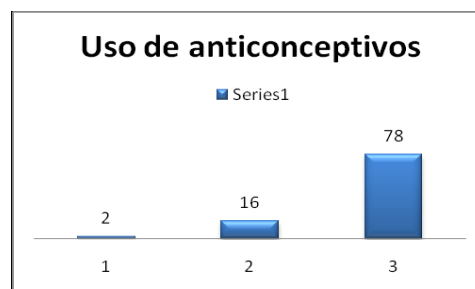
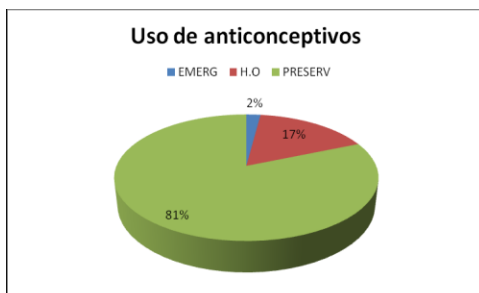


Hallazgos

Sin ser la finalidad en el estudio de investigación se encontraron los siguientes datos. El 50%(121 pacientes) tuvieron 1 pareja sexual, el 22%(36 pacientes) 2 parejas sexuales y el 4%(6 pacientes) 3 parejas sexuales.

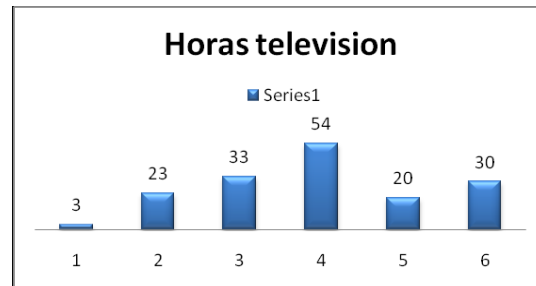
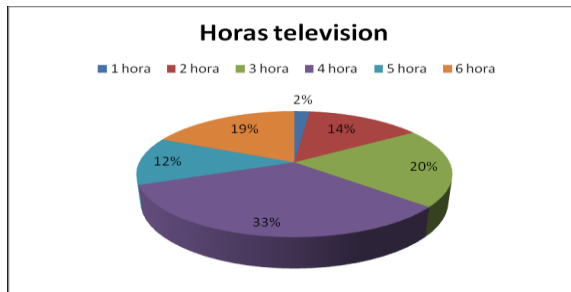


El uso de métodos anticonceptivos se observó en este estudio de investigación con la siguiente distribución: El 81%(78) Preservativo, el 17%(16) Hormonales orales y el 2%(2) La píldora de emergencia.



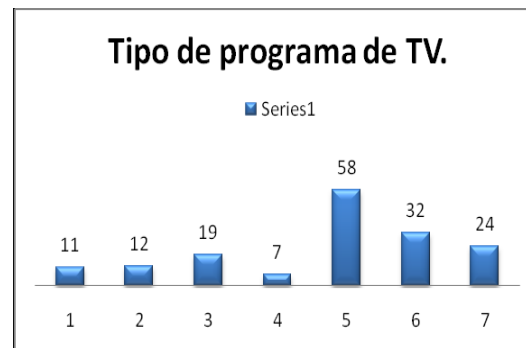
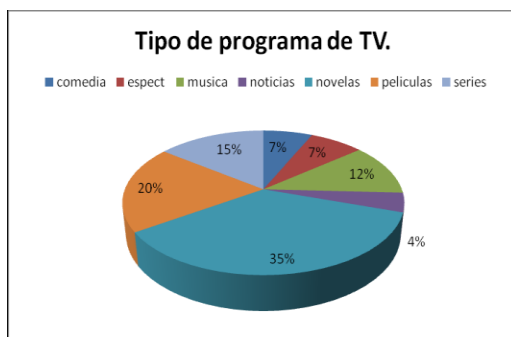
Se documentó en las adolescentes estudiadas, horas de televisión vistas al día con los siguientes resultados:

El 33%(54) veía 4 horas al día televisión, el 20%(33) veía 3 horas televisión, el 19%(30) miraba 6 horas televisión, seguido por el 14%(23) 2 horas de televisión y el 2%(3) 1 hora de televisión al día.



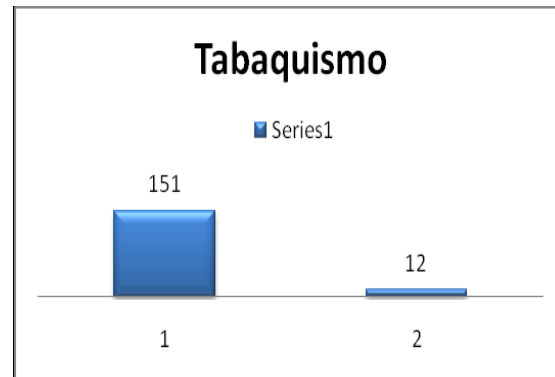
El tipo de programa visto por las adolescentes embarazadas en la distribución siguiente:

El 35%(58) telenovelas, el 20%(32) películas de diversos tipos, el 15%(24) series, seguido del 12%(19) Programas de música, el 7%(12) espectáculos, seguido de otro 7%(11) Programas de comedia y el 4%(7) noticias.

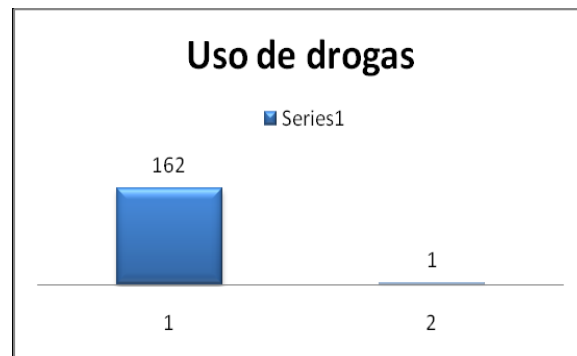


Las adolescentes en estudio mencionaron fumar ocasionalmente, el resultado arrojó que la mayoría no fuma, mostrando la siguiente grafica:

El 93%(151) refiere no fumar o haber fumado, y el otro 7%(12) fuma o ha fumado alguna vez.



Solo una adolescente participante del estudio de investigación menciona haber usado recreativamente marihuana, la cual representa el 1%(1) uso de marihuana en contraparte un 99%(99) que nunca ha usado drogas.



11.2 Discusión y análisis

Al analizar los resultados obtenidos del estudio de investigación en cuanto a edad predominó el grupo de 19 años, al ser el grupo etario de mayor porcentaje lo cual refleja que las pacientes comienzan a embarazarse al final de la adolescencia y no en etapas tempranas. Contrario a lo encontrado en bibliografía nacional e internacional.

De las adolescentes estudiadas tuvieron presentación de menarquia un 45% antes de los 14 años de edad. Lo cual nos indica inicio de la menarquia cada vez en edades más tempranas como un factor de riesgo de embarazo. Coincidiendo con la literatura consultada.

El inicio de vida sexual predominó en adolescentes de 15 años de edad con el 37% del total. Evidenciando que el 82% de las adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual entre los 15 y 17 años concordando con antecedentes del tema.

En grado de escolaridad se observó que el 51% había cursado educación secundaria y el 48% preparatoria, con esto podemos comentar que una gran parte de las adolescentes pudiera estar truncando o abandonando su educación escolar, de ahí la baja escolaridad de la adolescente embarazada.

En tipología familiar según su estructura, la familia integrada 60% contra un 40% de familia desintegrada. Resultado no concordante con otros estudios realizados en México y Latinoamérica. Este resultado nos habla que en estudios posteriores se deberá de tomar en cuenta otros parámetros y clasificaciones familiares, en donde intervenga el grado de función familiar y tipología familiar según su conformación.

Se encontraron como hallazgos otros factores en las adolescentes embarazadas, el 26% ha tenido 2 o más parejas sexuales como antecedente gineco obstétrico, lo cual nos lleva a inferir sobre el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual y se encuentran experimentando con más de una pareja como riesgo para embarazo o alguna enfermedad infecto contagiosa.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos el 81% ha usado el condón como método de predilección, sin conocer la amplia gama de métodos anticonceptivos existentes en el sistema nacional de salud, lo anterior nos habla de la espontaneidad y la falta de conocimiento del adolescente sobre su sexualidad, métodos anticonceptivos y el uso adecuado de ellos.

Por otra parte se encontró en estas pacientes que cerca del 52% veía televisión desde 4 o más horas al día. El contenido de los programas televisivos representaba en la usuarias un 35% correspondiente a telenovelas, 20% películas incluyendo contenido para adultos. Por lo cual el contenido de programa de televisión estaría influyendo negativamente en los adolescentes.

El uso de drogas fue otro de los aspectos encontrados en esta investigación, en donde solo una adolescente menciona haber consumido marihuana como uso recreativo 1% y el resto 99% negó uso de drogas.

El tabaco estuvo presente en esta investigación el 7%refirio fumar o haber fumado y el 93% no fuma.

11.3 Conclusiones

La población adolescente estudiada representan en su mayoría un factor de riesgo de embarazo ya que al tener su menarquia en etapas tempranas estaría su aparato reproductivo listo para engendrar una nueva vida no así, su madurez mental, ya que en esta etapa el adolescente se encuentra en formación, en búsqueda de su personalidad y trazando metas a futuro requiriendo la orientación y guía de los padres para su buen desarrollo. Exponiéndolas si no son orientadas correctamente sobre su sexualidad a embarazos no planeados y uso de drogas, esto reflejado en la edad de inicio de vida sexual en un 82% de los 15 a 17 años de edad.

Los adolescentes se encuentran experimentando su sexualidad sin un guía u orientación al tener más de una pareja sexual, condicionando un mayor riesgo tanto para embarazos como a alguna infección de transmisión sexual.

Su escolaridad más frecuente es educación secundaria por coincidir esta con la mayoría de inicio de menarquia. Por lo cual se deberá de hacer mayor énfasis en esta etapa de vida. Otro factor que influye directamente es el tipo de familia, se encontró que la familia nuclear era la más frecuente en este estudio, sin embargo como ya lo hemos comentado, se requiere de estudiar a la familia además de su integración, su funcionalidad y etapa de ciclo vital familiar en la que se encuentran.

Este estudio es importante para darle continuidad a la atención personalizada de nuestros adolescentes y detectar de forma oportuna desde la consulta posibles factores de riesgo para embarazo con una herramienta muy útil llamada estudio de salud familiar y así intervenir en su problemática según su ciclo vital familiar.

12.1 Referencias Bibliográficas

- 1.-Reyes Turcios NR, Pastora Zeuli AL. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes [Tesis maestría] Colonia flor del campo, Comayagüela, Honduras: Universidad Autónoma de Nicaragua. 2006
- 2.-Rodríguez Gazquez M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Universidad Pontificia Bolivariana. Rev. Vol. 27 Núm. 1, Enero 2008 pp. 47-58
- 3.-Torres Castro C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas, estudio epidemiológico en dos hospitales de lima Perú. 2002 vol. 16.
- 4.-Charlton D. Relación entre embarazo en la adolescencia y escolaridad. Colegio de enfermería de Tejarcillos de Alajuelita, Costa Rica. 2002
- 5.-Bernardita Baeza W, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Universidad de la Frontera, Chile. 7REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):76
- 6.-Núñez Urquiza RM, Hernández Prado B, García Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública Mex 2003. Vol. 45.
- 7.-Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva, prevención del embarazo no planeado en adolescentes. 2002
- 8.-Cruz López MV, Romero Talavera MJ. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del B Teodoro López IV trimestre [tesis]. Managua, Nicaragua. 2005

9.-Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Pediátrica electrónica [en línea] 2008, Vol. 5, N° 1. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes.

10.-Pantelides E. A. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina. Investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

(CONICET) e investigadora titular del Centro de Estudios de Población (CENEP), Argentina.

11.-Taracena R, Vicente C. Embarazo adolescente. GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). 2003 www.gire.org.mx

12.-Omally Alfaro J. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes [Tesis]. Universidad Autónoma de Nicaragua. 2000.

13.-Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México, papeles de la población enero-marzo Universidad Autónoma del Estado de México. 2004

14.-Cortez Chávez JA. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el hospital general de zona NO1 de la ciudad de colima [tesis]. 2004

15.-Huerta González JL. La familia en el proceso salud enfermedad, primera edición 2005. México, DF.

13.1.1 Anexos



CARTA DE AUTORIZACION



Mexicali B.C., a 15 de Noviembre de 2011

Dra. Laura Monge Siordia
Directora del HGP/MF No.31

Por medio de la presente me permito solicitarle a usted la autorización para la realización de estudio de investigación para la obtención del diploma de Especialista en Medicina Familiar, que lleva por título ***Frecuencia de factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritos a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali.*** Consiste en la realización de una entrevista a 163 pacientes.

Dicho estudio se llevara a cabo a partir de la autorización en la clínica de adscripción que usted tiene a su cargo, se informara al paciente de forma verbal y por escrito, se llenara y firmara el consentimiento informado por el padre o tutor. Haciendo de su conocimiento que dicha información será de carácter confidencial y para uso exclusivo de esta investigación.

Sin otro asunto por el momento me despido, agradeciendo de antemano su atención.

ATTE

Dr. Julio César Coronel Prado
Residente de 3er año de la especialidad en Medicina Familiar

c.c.p Interesado

13.1.2 Anexos

Carta de consentimiento informado

Título del protocolo: “Frecuencia de factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritos a Unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali”.

Investigador principal: Medico Residente de Medicina Familiar Dr. Coronel Prado Julio

Donde se realizara el estudio: HGP/MF No.31 IMSS Mexicali, Baja California.

Justificación del estudio. El número de adolescentes embarazadas va en aumento a pesar de los programas institucionales para abatir esta problemática, son diversos los factores que pueden llevar a un adolescente a embarazarse tales como grado escolar bajo, primera relación sexual a edad temprana, primera menstruación antes de los 14 años de edad, el tipo de familia si está formada por ambos padres y otras causas. Por lo que este estudio permitirá identificar cuáles son los factores de riesgo de embarazo en adolescentes que están afectando a nuestra población en la frontera norte del país.

Objetivo del estudio: Enumerar frecuencia de factores de riesgo de embarazo en adolescentes adscritas a unidades de medicina familiar del IMSS en Mexicali.

Riesgos:

No hay ninguno, ya que la información se obtendrá por un formulario personal aplicado a la adolescente embarazada y será de índole confidencial.

DECLARACION

He leído el contenido de este documento, me han brindado amplias explicaciones en cuanto a mi participación en esta investigación y me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción. Se me garantizó que toda la información es privada y me reservo el derecho a abandonarla en cualquier momento.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

FIRMA DEL ADOLESCENTE

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

TESTIGO

R3MF.CORONEL PRADO JULIO CESAR
INVESTIGADOR

Lugar y Fecha