

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE PUEBLA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

**TEMA
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LA
EMBARAZADA ADOLESCENTE.**

**PRESENTAN
LETICIA AYALA VILLALOBOS
SILVIA CARRASCO ROMERO**

**ASESOR
MAESTRA: JOSEFINA PÉREZ
GUTIÉRREZ**

PUEBLA, PUE, AGOSTO DEL 2005



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

*Por el apoyo y Amor que siempre he recibido de ellos.
Gracias.*

A mi esposo:

*Por ser la persona más comprensiva, amorosa y paciente.
Además por el apoyo que siempre me ha dado, y que sin su
apoyo no sería hoy quien soy. Gracias.*

A mis hijos:

*Por tener su Amor y comprensión en todo este tiempo,
además de ser tan pacientes y sobre todo por darme tanto
amor. Gracias.*

DEDICATORIAS

A MI MADRE:

A tu memoria mamá y aunque no estés ya conmigo, te doy las gracias por haberme dado la vida, tu amor, tu apoyo de siempre para que lograra mis objetivos como madre, hija y en el campo profesional ya que realmente quien mereció el triunfo eres tu, gracias por haberle dedicado tiempo a mis hijos mientras yo estudiaba.

A MIS HIJOS:

No hay nada más hermoso que contar con unos hijos maravillosos a los cuales les quite talvez un poco de mi tiempo, sin embargo me otorgaron su comprensión para el desarrollo de mis actividades en el campo laboral y profesional.

Gracias hijos por su apoyo, a ustedes les debo mi superación.

Gracias "Pedro Omar, Andrés Aron y Julián Uriel"

A MI HERMANA:

Quiero agradecer a mi hermana Chayo por haberme ayudado para que yo fuera profesionista siempre conté con su apoyo económico y moral, gracias hermana.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	2
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	5
Marco Teórico.....	6
I. El embarazo en la adolescencia.....	6
1.1 Factores que lo determinan.....	6
1.2 Eventos perinatales.....	7
1.3 Condiciones socioeconómicas y culturales.....	8
II. Características psicológicas, biológicas y sociales.....	9
2.1 Psicológicas.....	9
2.2 Biológicas.....	12
2.3 Sociales.....	14
III. Complicaciones en el embarazo.....	16
3.1 Toxemia.....	16
3.2 Anemia.....	19
3.3 Infección de vías urinarias.....	20
3.4 Desprendimiento prematuro de placenta.....	23
3.5 Amnioititis.....	25
3.6 Disfunción uterina.....	27
3.7 Desproporción cefalopélvica.....	28
Variables dependientes.....	29
Variables independientes.....	32
Hipótesis.....	34

Metodología.....	35
1. Tipo de estudio.....	35
2. Universo de estudio.....	36
3. Criterios de inclusión.....	37
4. Límites.....	38
5. Recursos.....	39
- Resultados de la	
- Investigación.....	40
- Conclusiones.....	51
- Sugerencias.....	52
- Importancia de la Educación Sexual.....	53
- Bibliografía.....	55
Anexos.....	57
- Diseño de la Maniobra.....	58
- Formato para recabar datos los expedientes de Enero de	
- 1999 a Diciembre de 2000.....	59
- Cuestionario.....	64
- Cronograma de Actividades.....	67

INTRODUCCIÓN

Tomando en cuenta que en México se ha incrementado notablemente el problema de adolescentes embarazadas, presentándose un alto índice estadístico de un millón de embarazadas adolescentes cada año, la mayor parte de estas se encuentran entre los 15 y los 19 años de edad, el 9.3% son embarazos premaritales, mas del 50% llegan a un embarazo de término, trayendo consigo una serie de problemas por la corta edad, la falta de madurez, tanto psicológica como física y social.

Por tanto si aunamos a esto la falta de información sobre los métodos anticonceptivos y la sexualidad, surgen una serie de problemas de salud para el binomio madre-hijo.

Si tomamos en cuenta que la mayor parte las adolescentes son solteras y provienen de familias de escasos recursos económicos, por tanto tienen bajo nivel educativo, trayendo como consecuencia la inestabilidad económica.

Es así como el abordaje de las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes, permitirá al trabajador de la salud realizar modificaciones en las estrategias de educación en el grupo de adolescentes.

Este trabajo presenta los resultados de las principales complicaciones obstétricas de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro en 1999 y 2000.

JUSTIFICACIÓN

Debido a las características de la población mexicana, en las que destaca el bajo nivel educativo, las adolescentes suelen no contar con información del momento adecuado para tener un embarazo, ni cuales son los métodos para evitarlo, también desconocen que su organismo aun no es maduro, ni anatómico ni fisiológicamente, por tanto tienen más peligro de presentar durante el embarazo complicaciones obstétricas tales como: toxemia, anemia, amnioititis, infecciones del tracto urinario, desprendimiento de placenta, disfunción uterina, desproporción cefalopélvica, que ponen en peligro al binomio madre-hijo; considerándose a las cuatro primeras, como las que ocupan los primeros lugares de mortalidad materna.

Con este trabajo de investigación se cumplen los objetivos propuestos en relación a las complicaciones obstétricas de las adolescentes embarazadas en relación con los factores físicos, psicológicos y sociales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre la población adolescente se ha incrementado el número de embarazos, trayendo como consecuencia una serie de problemas como son: la **desintegración familiar, aborto, abandono de niños, maltrato a menores, suicidios y delincuencia.**

Por lo cual se hace prioritario buscar estrategias para disminuir el número de madres adolescentes, evitando así complicaciones tales como: **toxemia, anemia, amnioitís, infecciones del tracto urinario, desprendimiento de placenta, disfunción uterina y desproporción cefalopélvica.**

Es así que nos preguntamos:

¿cuales son las complicaciones obstétricas de las embarazadas adolescentes, atendidas en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, durante 1999 y 2000 ?

OBJETIVO GENERAL

Analizar las causas y consecuencias que provocaron los embarazos en las adolescentes, según los casos presentados en el hospital General Dr. Darío Fernández Fierro y su relación con los factores físicos, psicológicos y sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ♣ Identificar los factores físicos, Psicológicos y sociales de las adolescentes embarazadas objeto de investigación**
- ♣ Conocer la mortalidad por complicaciones presentadas en el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” en 1999 y 2000.**
- ♣ Conocer cuales son las complicaciones obstétricas más frecuentes en pacientes adolescentes.**
- ♣ Conocer la incidencia de las complicaciones obstétricas en adolescentes.**

MARCO TEÓRICO:

1. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

1.1 Factores que lo determinan

El embarazo durante la adolescencia esta asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgo.

Algunos de estos riesgos reflejan inmadurez física y psicosocial de la adolescente, ya que el embarazo y la maternidad representan el reto para el desarrollo personal de cualquier mujer.

Esta es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Sin embargo, otros de los riesgos a los que se expone la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente depende de la edad de la mujer en sí, sino que pueden reflejar una serie de condiciones sociales, económicas y psicosociales, que atribuyeron a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Es quizá la convergencia de ambos tipos de riesgo, tanto los que son inherentes al embarazo durante la adolescencia como los que se asocian a este fenómeno, lo que hace tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes.

Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo y maternidad durante la adolescencia pueden resumirse dentro de dos grandes rubros: aquellas que impactan a la salud, el crecimiento y desarrollo del niño y las que correspondan al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente.

Existen varios reportes que indican que los hijos de madres adolescentes presentan, con mayor frecuencia, problemas de salud, nutrición inadecuada, infecciones, accidentes y muerte súbita.

Así mismo se han observado problemas en términos de rendimiento intelectual. En el área socioafectiva, los hijos de madres adolescentes presentan varios problemas, entre los cuales figuran mayor agresividad, impulsividad y problemas de atención.

Para la propia adolescente el embarazo esta asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados y de mayor dependencia económica. Entre más joven la mujer adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores y menor el intervalo intergenésico, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser drásticas. A nivel psicosocial también puede haber consecuencias negativas en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con el padre del bebé a raíz del embarazo, existe un mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio.

Aún cuando estas consecuencias sean comunes en las diferentes poblaciones estudiadas no todos los binomios las padecen: diversos factores han sido estudiados como posibles condicionantes del futuro del niño y de la adolescente, las cuales se han resumido en cuatro rubros generales: los perinatales, socioeconómicos, psicológicos y los familiares.

Eventos Perinatales:

Existen varios reportes que indican que la madre adolescente de 15 años o menos, presentan más complicaciones obstétricas (incluyendo toxemia, anemia, amnioititis, infecciones del tracto urinario, desprendimiento de placenta, disfunción uterina y desproporción cefalopélvica). Así mismo el producto tiene mayor riesgo de morir y/o nacer antes de término con bajo peso para su edad gestacional. Tanto la prematurez como la hipotrofia ponen en mayor riesgo al niño de tener secuelas psiconeurológicas.

Es importante mencionar que varios estudios afirman, que si hay una buena atención prenatal, los riesgos disminuyen. Cabe señalar que el hecho de no acudir a la consulta prenatal refleja un conjunto de factores

que son relevantes para el binomio, el estado anímico, relaciones interpersonales, hábitos de salud y disponibilidad de servicios de salud.

En este sentido el recibir atención prenatal será un indicador muy importante porque reduce la probabilidad de ciertas complicaciones perinatales, refleja condiciones bio-psico-sociales que favorecen el desarrollo de la adolescente y de su hijo.

1.3 Condiciones socioeconómicas y culturales

El medio socioeconómico y cultural en el que se desarrolla la adolescente determinará en gran parte las opciones que percibe para su vida y el significado para ella del embarazo y la maternidad. Por tanto, muchas de las consecuencias del embarazo en la adolescencia serán modificadas dependiendo del contexto social en el que se produjo el embarazo y en el cual vive el binomio madre-hijo.

Aún cuando múltiples estudios señalan que el embarazo en mujeres adolescentes suele ocurrir en circunstancias socioeconómicas desfavorables, es importante recordar que no es un fenómeno limitado únicamente a los grupos mas desprotegidos y ni a ciertos grupos culturales. Repetidamente los estudios que han prestado atención a variables socioeconómicas y culturales, han demostrado que estas son de gran importancia para delimitar las consecuencias tanto infantiles como maternas. De igual manera, las múltiples formas de expresión de la cultura mexicana en diferentes estratos socioeconómicos matizan de forma especial las repercusiones que el embarazo y la maternidad tienen en al adolescente y su hijo.

II. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, BIOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA ADOLESCENTE.

2.1 Psicológicos

Aún cuando no se puede describir un solo tipo o perfil de personalidad en la adolescente, y que se encuentra una alta frecuencia de inestabilidad emocional en la adolescente embarazada, se reporta que pueden tener características psico-sociales que las ponen en desventaja para confrontar los retos implícitos en el embarazo y que, probablemente, determinarán en gran medida la forma en que ellas evolucionen personalmente después del parto.

Se sabe que la adolescencia en sí, determina retos y conflictos según el estrato social y cultural, la búsqueda de identidad tan común en algunas sociedades, puede ser menor en grupos donde los modelos sociales son más definidos y las alternativas limitadas.

Es relativamente común encontrar que las adolescentes embarazadas refieren planes a futuro poco definidos y realistas, poniendo poca atención a la escuela y al interés profesional. Así mismo las adolescentes embarazadas parecen tener poca habilidad de planeación en general.

El embarazo en la adolescente es un evento común que tiene implicaciones no solo en el aspecto de seguridad social y cultural. La incidencia de la mujer embarazada adolescente entre los 13 y los 19 años es alta y constituye así mismo un problema de salud.

Durante los últimos 15 años, la opinión pública se ha preocupado cada vez mas, incrementando la formulación de políticas de la investigación relacionada con la sexualidad, el embarazo y la crianza de hijos en las adolescentes. Los expertos en este campo reconocen con certidumbre creciente que el embarazo de la adolescente es un problema de muchas facetas con muchos factores y ninguna solución fácil. (Sally Davis Mod).

Según datos obtenidos en 1982, por la National Survey on Family Growth, confirmaron los siguientes resultados de estudios

realizados en diferentes años, de 1971 a 1982, mujeres entre 15 y 19 años de edad ya habían tenido relaciones sexuales, en 1980 se había elevado la actividad sexual a mas temprana edad que en años anteriores. Así, cerca del 45% de las adolescentes ya tenían vida sexual activa antes del matrimonio y un 36% se embaraza en un plazo posterior de 2 años después de la primera relación sexual.

Cuando la adolescente está embarazada es una experiencia humana que la priva de manera transitoria y tan prolongada desde el punto de vista público por ser un embarazo no deseado. (Daniel O. Fedorman 1980) además de que el embarazo durante la adolescencia entraña un riesgo médico más elevado para la madre y el hijo. Los riesgos para los para los padres adolescentes son muchos, quizá los que más se manifiestan y son fáciles de comprobar, son los riesgos físicos para la madre adolescente. Una de ellas es la muerte por complicaciones del embarazo en adolescentes menores de 15 años de edad, que es 60% mas elevado que la proporción correspondiente para todas las mujeres, 2.5 veces mayor que el de las madres entre 20 a 29 años de edad.

La OMS ha dado una definición universal sobre el término de adolescencia como el intervalo de edad entre los 10 y los 19 años, dividiéndolo en adolescencia temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años), donde se ubican con mayor frecuencia el grupo de problemas relacionados con el embarazo precoz. La OMS informa que más de mil millones de adolescentes, 23% corresponde a países en vías de desarrollo, para México esta cifra representa cerca del 24% del total de la población.

En nuestro medio Picks de Weiss y Monroy de Velasco han hecho notar que las adolescentes también se ven envueltas en necesidad de afecto y comprensión que, en un marco de bajo ingreso familiar, familia numerosa y bajo nivel de escolaridad, incrementan las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y de presentar un embarazo no deseado.

La mayoría de los reportes de nacimientos de embarazadas adolescentes indican un incremento del riesgo de complicaciones del embarazo y su desenlace, especialmente preclampsia y bajo peso al

nacer. Aún no es claro si las desventajas reproductivas se basan en eventos sociales o biológicos.

El retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, factores que influyen notablemente en el desarrollo físico y mental del niño se ven afectados por el estado nutricional de la madre durante el embarazo y hasta cierto punto, por el estado nutricional pregestacional.

Las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo en términos nutricionales, debido a que aún se encuentran en etapa de crecimiento.

Hay pruebas concretas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional y la talla de la madre antes del embarazo. Esto es importante desde el punto de vista de salud pública, ya que el peso al nacer es el parámetro que se relaciona más estrechamente con la supervivencia, el peso, el crecimiento antropométrico y el desarrollo mental del recién nacido. El embarazo en la adolescencia ocasiona riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento uterino impone necesidades que se suman a las del embarazo.

Es una creencia común que las adolescentes embarazadas presentarían más complicaciones que las no adolescentes, dentro de estas complicaciones entraría la desproporción cefalopélvica debido a la falta de desarrollo óseo de la pelvis, además de tener un trabajo de parto prolongado, sobre todo en menores de 15 años.

2.2 Biológicos

La capacidad fisiológica de excitación sexual precede, con mucho, a la pubertad en varones y mujeres en algunos casos se presenta en etapa temprana de la niñez. Sin embargo, a pesar de la presencia y la importancia de la capacidad sexual en la niñez, durante la pubertad surgen las funciones sexuales de tipo adulto.

No se ha dilucidado si los cuadros fisiológicos básicos del ciclo de respuestas sexuales difieren en la infancia y la edad adulta. La única diferencia mayor comprobada que distingue al organismo del adulto es la eyaculación en el varón. A causa de la inmadurez de la próstata que produce la mayor parte del líquido seminal, el organismo prepuberal en los muchachos (al igual que en las mujeres de todas las edades), no extraña eyaculación.

En consecuencia, solo podemos decir que las modificaciones hormonales notables en la pubertad influyen de alguna manera en la motivación sexual del adolescente y que su influencia actúa en un contexto psicosocial, que también rige de manera crucial el como se comportara sexualmente el adolescente.

Para fines prácticos, se ha definido la pubertad en términos de los cambios endocrinos y físicos que sobrevienen desde la fecha del aumento durante el sueño de la hormona luteinizante (LH), y los primeros cambios físicos, hasta que la etapa en que estos cambios cesan y se llega a un nuevo estado uniforme.

A continuación se hará una descripción cronológica de algunos de los acontecimientos que ocurren en el sistema endocrino durante la pubertad.

a) Etapa prepuberal avanzada.

Etapa prepuberal avanzada, en la que no han ocurrido cambios físicos ni hormonales.

b) Etapa pubertad muy temprana.

Boyar R. 1972; Judd HL 1974; Lee PA 1976. Durante ésta los principales fenómenos que ocurren son:

No hay signos físicos de maduración sexual, durante el sueño hay aumento de la liberación de gonadotropinas y esteroides sexuales, se advierte aumento de la secreción de esteroides sexuales suprarrenales, no ocurren otros cambios hormonales importantes.

c) Etapa pubertad temprana.

En ella continua el aumento de las gonadotropinas durante el sueño, se manifiesta la maduración primaria y secundaria, aumentan las concentraciones de esteroides sexuales, puede existir aumento de la secreción de la hormona de crecimiento y quizá se modifique la función tiroidea. (21)

d) Etapa pubertad media.

Los cambios son: Aumento del desarrollo de las características sexuales, de la concentración de gonadotropinas y esteroides, persistencias del aumento durante el sueño, las mujeres alcanzan las espigas de rapidez del crecimiento de la talla y hay aumento de la liberación de la hormona de crecimiento. (5)

e) Etapa pubertad avanzada.

Durante la pubertad avanzada, ocurre la monarquía, hay espiga del aumento de la talla en los varones, la capacidad reproductiva es casi completa al igual que la maduración, el aumento de la hormona gonadotrópica durante el sueño es máximo y alcanza sus mayores niveles, la secreción de hormona del crecimiento. (21)

CONSECUENCIAS

Las dos preocupaciones médicas más frecuentes que surgen por la conducta sexual de las adolescentes son el embarazo y las enfermedades venéreas.

Las estadísticas relacionadas con el embarazo en las adolescentes son igualmente sorprendentes. Se calcula que un millón de adolescentes se embarazan cada año. En un estudio de mujeres de 15 a 19 años, se encontró que el 9.3% informaron de embarazo premarital, más del 50% de estas mujeres llevan el embarazo a término.

Mucho de lo que se considera como parte de la conducta sexual no resulta en orgasmo, sin embargo esta es una medida cómoda de la actividad sexual que puede analizarse cuantitativamente.

Hay datos contundentes de que la frecuencia de las relaciones sexuales premaritales entre las mujeres ha aumentado durante los últimos años.

Se calcula que en E.U. entre 12 y 13 millones de adolescentes de 10 a 19 años llevan una vida sexual activa, la mitad de todas las mujeres solteras, ha tenido contacto sexual a los 19 años de edad.

Una de cada 10 adolescentes queda embarazada cada año, lo cual significa más de un millón de embarazos, se ha calculado aproximadamente que de estos más de 600,000 son nacimientos, 330,000 son abortos provocados y 150,000 abortos espontáneos.

2.3 Sociales

El comienzo muy temprano de las citas con compañeros del sexo opuesto proporciona un contacto prolongado entre adolescentes y hace difícil que eviten las relaciones sexuales, desafortunadamente sin importar precauciones anticoncepcionales, siendo lo más probable, que termine en embarazo. Algunas de estas legitimarian el nacimiento

casándose, muchas veces impulsadas por los padres y frecuentemente mal aconsejadas.

El casamiento precipitado de una adolescente a consecuencia de un embarazo no planeado, traerá como consecuencia una inestabilidad que en última instancia inducirá a un mayor número de divorcios.

La actividad sexual temprana y el embarazo son mas frecuentes en familias de pocos recursos.

La mayor parte de las adolescentes mas jóvenes son solteras y se ha observado que muchas provienen de familias con un solo progenitor en las cuales las madres también empezaron muy pronto a tener hijos. Las adolescentes pertenecientes a familias de bajos recursos económicos, se ha visto que tienen pocas posibilidades en la vida y pocas posibilidades de trabajo, con ingresos bajos, en consecuencia, tienen menos interés por la escuela, por lo que se sabe el nivel es bajo.

Es importante recordar que cuando una adolescente queda embarazada suelen presentarse considerables trastornos en la función familiar.

Se han observado que en clases socioeconómicamente bajas, las madres de las adolescentes, aceptan fácilmente el embarazo de su hija y muchas veces admiten el papel de criar a los nietos.

Aunque una proporción de futuros abuelos aceptan el embarazo, la mayoría no lo hace. El enojo aparece inicialmente como una respuesta al hecho. Esta cólera puede ser lo suficientemente importante para que la hija sienta la necesidad de abandonar su hogar.

Hay que añadir a toda esta sensación de pérdida el hecho de que el compañero sexual, frecuentemente rechaza a la adolescente embarazada, no admitiendo la responsabilidad del embarazo.

III. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

3.1 Toxemia

Se denomina toxemia del embarazo a un síndrome hipertensivo de aparición exclusiva durante la gestación humana, generalmente después de la 20va. Semana.

Clasificación:

- A) 1.- Hipertensión gestacional
2.- Proteinuria gestacional
3.- Hipertensión proteinúrica gestacional o preeclampsia
4.- Eclampsia — anteparto
 — intraparto
 — posparto
- B) 1.- Hipertensión crónica
2.- Enfermedad renal crónica
3.- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada
- C) 1.- Hipertensión y/o Proteinuria no clasificadas

- ♣ Hipertensión gestacional: es aquella que ocurre sin desarrollo significativo de proteinuria y se presenta después de la 20va. semana de gestación o durante el parto, o puerperio, generalmente en las primeras 48 horas.
- ♣ Proteinuria gestacional: es simplemente aquella excreción de proteinuria que no se acompaña de hipertensión y que ocurre después de la 20va. semana, o intraparto, o posparto.
- ♣ Hipertensión proteinúrica gestacional o preeclampsia: es aquella en la cual se desarrollan ambos signos, en los mismos periodos descritos, convencionalmente como preeclampsia. Puede ser leve, moderada o severa.

-
- ♣ **Eclampsia:** es la aparición de convulsiones tonicoclónicas generalizadas, no causadas por epilepsia u otros cuadros convulsivos.
 - ♣ **Hipertensión crónica:** es la elevación de la presión arterial diagnosticada en la primera consulta prenatal ocurrida antes de la 20va. semana de gestación, o en cualquier etapa del embarazo.
 - ♣ **Enfermedad renal crónica:** se define como la presencia de proteinuria diagnosticada en la primera consulta prenatal antes de la 20va. semana de gestación o cuando persiste a los 42 días o más del puerperio.
 - ♣ **Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada:** es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico durante el embarazo y que desaparece después del parto.
 - ♣ **Hipertensión y/o proteinuria no clasificadas:** se define como el hallazgo de hipertensión y/o proteinuria en la primera consulta prenatal después de la 20va. semana de gestación.

Etiología:

Desconocida, factores asociados son: edad materna, paridad, antecedentes familiares, nivel socioeconómico, factores ambientales, embarazo múltiple, diabetes mellitus, wold hidatiforme y polhidramnios.

Efectos de la toxemia sobre el feto:

Las lesiones de la placenta y el aumento de la actividad uterina característico de la toxemia, deterioran la función placentaria al disminuir el aporte sanguíneo materno. Se observa una mayor motilidad fetal y una más alta proporción de casos de R.R. pequeños para la edad gestacional.

Tratamiento:

1.- Preventivo (en embarazadas con factores de riesgo): aspirina o calcio.

2.- Sintomático, ya que la causa se desconoce; en consecuencia, control prenatal, hospitalización, dieta adecuada, diagnóstico de la edad gestacional, evaluación de la madurez pulmonar, evaluación del crecimiento fetal, evaluación de la vitalidad fetal, interrupción del embarazo de acuerdo con las evaluaciones anteriores, tratamiento farmacológico. Sedantes, hipotensores, no usar diuréticos.

3.2 Anemia

La anemia en la embarazada es toda aquella cuyo recuento de eritrocitos de valores por debajo de $3.500.000 \times \text{mm}^2$ con hematocrito inferior al 32% y cuyos niveles de hemoglobina no alcancen 11%

Sintomatología

Astenia, hiporexia, zumbido de oídos, vértigo, lipotimias, disnea, palidez de piel y mucosa, taquicardia, edemas, soplos cardiacos.

Básicamente las anemias se caracterizan por la carencia de hierro, ácido fólico o de vitamina B12 y pueden estar disminuidos dos o tres de estos factores, lo que constituyen las anemias mixtas.

Clasificación

- ♣ Anemias Sideroprivas o ferropénicas.
- ♣ Anemias por déficit de ácido fólico y/o vitamina B12.
- ♣ Anemias hipoplásicas o aplásicas.

3.3 Infección de vías urinarias:

Se diferencian la bacteriuria asintomática, la uretritis y la cistitis de la pielonefritis, las infecciones bajas del tracto urinario casi siempre afectan también al intersticio renal, constituyendo una pielonefritis.

Etiopatogenia:

Factores predisponentes

- ♣ Compresión uretral durante la gravidez con éstasis urinaria.
- ♣ Reflujo vesicouretral.
- ♣ Procesos patológicos renales previos o concomitantes con el embarazo, etc.

Etiología:

- ♣ Predomina *Escherichia coli* en mas del 80% de los casos.
- ♣ Estafilococo.

Vías de infección:

- a) Descendente: hemática, linfohemática o por contigüidad.
- b) Ascendente: es la más importante, facilitada por el reflujo vesicouretral.

Se pueden diferenciar tres entidades clínicas:

1) Bacteriuria asintomática:

Consiste en la presencia significativa de bacterias en la orina cultivada ($\geq 10^5$ microorganismos/ml de orina), en ausencia de sintomatología clínica de infección del tracto urinario. Se presenta en el 2 al 10% del total de las

embarazadas: un 30% de estas presentan posteriormente algún síntoma clínico de infección urinaria.

El ideal es rastrear a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal mediante urocultivo o, si este es imposible de realizar, por alguna prueba química para detectar bacteriuria significativa. Con $\geq 10^5$ colonias/ml de orina, se indica antibióticoterapia por 10 días y repetición de urocultivo.

2) Uretritis y cistitis:

Es una infección localizada. Polaquiuria, ardor miccional, tenesmo. A veces son escalofríos y fiebre.

Tratamiento:

- ♣ Urocultivo.
- ♣ Antibióticos por 10 días.
- ♣ Acidificantes de la orina.

3) Pielonefritis:

♣ Pielonefritis aguda:

Su forma habitual tiene una fase de comienzo presupurativa, en el segundo trimestre, son fiebre, lumbalgia, trastornos miccionales y síntomas generales. Puñopercusión de Murphy dolorosa. El periodo de estado de supuración, se acompaña de remisión de los síntomas y piuria.

♣ Pielonefritis crónica:

Síntomas poco definidos (febrícula, dolores lumbares, escasos trastornos miccionales, hipertensión)

Diagnostico:

- ♣ **Examen de sedimento urinario:**
Proteinuria, leucocituria, eritrocituria, piuria, cilindruria, células centelleantes en las pielonefritis crónicas reactivadas:
 - Bacteriuria: la identificación del germen por el cultivo y el recuento de más de 10.000 colonias por ml de orina, confirman el diagnóstico.
 - Pruebas funcionales y radiología normales en la aguda y alteradas en la crónica.

Diagnóstico diferencial:

- ♣ Con la colecistitis, apendicitis, glomerulonefritis (en las formas hematóricas), litiasis renal, procesos metroanexiales posparto y posaborto.

Evolución:

- ♣ Bien tratada, la pielonefritis aguda, cura en la mayoría de los casos; pasada la cronicidad cuando no es diagnosticada o es mal tratada.

Tratamiento:

- ♣ Antibióticos o quimioterápicos (de acuerdo con el antibiograma) y acidificantes de la orina.

Complicaciones obstétricas:

- ♣ Aborto habitual.
- ♣ Partos prematuros.

3.4 Desprendimiento prematuro de placenta:

Es el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta insertada en su sitio normal, que puede tener graves consecuencias para el feto y la madre.

Etiología:

- 1. La preclampsia (en un alto porcentaje de los casos).**
- 2. Los traumatismos.**
- 3. La evacuación brusca en el hidramnios.**

Sintomatología:

Comienza de manera brusca y puede acompañarse o no de hemorragia externa.

- a) Si existe hemorragia externa, esta es un tanto tardía; es un poco abundante, de color negruzco, con coágulos e intermitente.**
- b) En el cuadro se completa con:**
 - 1. Dolor agudo de intensidad creciente, con su máxima localización en el sitio de asiento del desprendimiento. El útero crece debido a la acumulación de sangre en su interior, y su pared aumenta considerablemente de consistencia y tensión (útero leñoso). Por la hipertonia, la presión causa dolor y las partes fetales son difícilmente palpables.**
 - 2. Anemia y shock.**
 - 3. Si el desprendimiento es importante (mas de la mitad de la superficie placentaria), la muerte fetal ocurre en la mayoría de los casos.**
 - 4. Las membranas, muy tensas por la hipertonia uterina, se abomban durante la contracción.**

Diagnóstico:

Se establece por el dolor abdominal, la hipertoniá uterina y la metrorragia, shock con el o sin el.

Pronóstico:

El pronóstico ha mejorado en los últimos tiempos con referencia a la madre, mientras el fetal sigue siendo muy grave sobre todo si el desprendimiento es muy extenso.

Tratamiento:

Debe dominar un concepto, la hemorragia no se detiene mientras el útero no se evacue, lo que significa la urgente necesidad de extraer el feto, no obstante antes de iniciar dicha evaluación hay que reponer la sangre perdida y consolidar el estado general dentro del tratamiento la cesárea abdominal.

3.5 Amnioititis:

Es una entidad en la cual, microorganismos usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica. Pueden ocurrir tanto en la ruptura prematura de la membrana como en el saco ovular íntegro, su frecuencia es alrededor de 1% de todos los embarazos.

Etiología:

Los gérmenes que infectan la cavidad ovular son tanto aeróbicos como anaeróbicos entre ellos *Escherichia coli*, *Estreptococo β-hemolítico*, *Micoplasma hominis*, *Listeria monocytogenes*, *Chlamydia*, *Trachomatis*, etc.

Factores predisponentes:

- ♣ Deficiencia en la actividad antimicrobiana del líquido amniótico, el factor antimicrobiano es un péptido unido a zinc, por lo tanto, bajos niveles de zinc predisponen a la infección.
- ♣ Aumento de pH vaginal: el pH vaginal ácido, inhibe el crecimiento de muchos microorganismos.
- ♣ Ausencia del moco cervical, que tiene acción antimicrobiana.
- ♣ Coito especialmente cerca del término, el líquido seminal favorecería la penetración de los gérmenes por su acción proteolítica sobre el moco cervical y los espermatozoides ayudarían al transporte de las bacterias hacia la cavidad uterina.

Diagnóstico:

La mayoría de los cuadros son subclínicos (80%) y por lo tanto es muy difícil llegar al diagnóstico.

Síntomas:

Dependen de la virulencia de los gérmenes, en lo general se observa hipertermia, que es el signo principal, acompañada por irritabilidad, taquicardia materna y fetal, aumento de las contracciones uterinas espontáneas y sensibilidad aumentada del útero, en presencia de rotura de membranas, el líquido amniótico tiene olor fétido y puede llegar a ser purulento.

Tratamiento:

- ♣ Suplemento de zinc.
- ♣ Evitar el coito en la segunda mitad del embarazo o realizarse con condón.
- ♣ Tratamiento de las infecciones vaginales.

Una vez instalada la infección amniótica se deben administrar antibióticos a la madre e interrumpir la gestación dentro de las 12 horas de realizado el diagnóstico, por vía vaginal o por cesárea, de acuerdo con las condiciones obstétricas.

3.6 Disfunción uterina:

Se denomina así a los disturbios de la contractilidad uterina o de las fuerzas impulsoras del útero para producir el pasaje del feto por el canal pelvigenital del parto.

Alteraciones:

Por disminución de la contractilidad, por aumento de la contractilidad y por perturbación de la contractilidad.

Tratamiento:

- ♣ Solucionar la causa si es conocida.
- ♣ Modificar la posición de la madre (decúbito lateral) se puede reducir la frecuencia de las contracciones.
- ♣ Administrar fármacos uteroinhibidores o estimuladores.

3.7 Desproporción cefalopélvica:

La pelvis puede estar agrandada o estrechada, si bien una pelvis agrandada globalmente puede ser origen de distocia por rotación anormal de la presentación o actitudes anómalas.

Es la estrechez del canal del parto lo que se ha transformado en un sinónimo de distocia ósea.

La pelvis durante su crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con un desarrollo incompleto. Las anomalías de la pelvis ósea pueden dificultar o impedir la progresión fetal: es la llamada distocia ósea o como se le conoce comúnmente DCP.

La pelvis puede estar viciada en sus dimensiones, forma e inclinación, la estrechez puede interesarse a toda la altura de la pequeña pelvis o solo el estrecho superior o aisladamente el estrecho inferior, adquiriendo la forma de un embudo.

VARIABLES DEPENDIENTES

- ♣ Variables dependientes: factores físicos, psicológicos y sociales.
- ♣ Definición conceptual. Son aquellos factores que intervienen en los cambios que sufre el adolescente.
- ♣ Definición operacional: características biológicas, psicológicas y sociales de la etapa de la adolescencia, que por falta de educación y orientación familiar y de salud, conducen a un embarazo generalmente no deseado.

Variable	Indicadores	Concepto	Escala de medición	Unidad de magnitud
♣ Factores físicos, psicológicos y sociales.	♣ Edad.	♣ Es el tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el tiempo que ha vivido tradicionalmente en cuanto años.	♣ Cuantitativa.	♣ 12 a 14 años ♣ 15 a 17 años ♣ 18 a 19 años
	♣ Escolaridad.	♣ Grado de estudios de una persona.	♣ Cualitativo.	♣ Primaria ♣ Secundaria ♣ Preparatoria o bachillerato ♣ Nivel técnico ♣ Otros
	♣ Estado civil.	♣ Persona que vive con otra en unión libre, casada o sola.	♣ Cualitativo.	♣ Soltera ♣ Casada ♣ Unión libre ♣ Otro

Variable	Indicadores	Concepto	Escala de medición	Unidad de magnitud
	♣ Originario	♣ Que ha nacido en el lugar que se especifica o procede de él.	♣ Cualitativo	♣ D.F. ♣ Edo. de México. ♣ Otros
	♣ Toxicomanías	♣ Adicción a ingerir sustancias tóxicas que producen dependencia.	♣ Cualitativo	♣ Tabaquismo ♣ Alcoholismo ♣ Drogadicción ♣ Otros
	♣ Parejas sexuales	♣ Es tener actividad sexual con una persona del sexo opuesto.	♣ Cuantitativo	♣ Una ♣ Dos o más
	♣ Edad gestacional	♣ Es la edad gestacional del óvulo fecundado hasta el nacimiento de un nuevo ser.	♣ Cuantitativo	♣ Antes de las 20 SDG ♣ De las 21 a las 28 SDG ♣ De las 29 a las 36 SDG ♣ De las 37 a las 41 SDG
	♣ Procedimiento realizado	♣ Método que se realiza para terminar un procedimiento.	♣ Cualitativo	♣ Parto ♣ Cesárea ♣ Uteroinhibición ♣ L.U.I. ♣ Otros
	♣ Asistió a consultas prenatales	♣ Visitas al médico para llevar el inicio y término de un embarazo exitoso.	♣ Cuantitativo	♣ 1 o 2 veces ♣ 5 veces o más ♣ Cada mes

Variable	Indicadores	Concepto	Escala de medición	Unidad de magnitud
	♣ Utilizó algún método anticonceptivo	♣ Método que se utiliza antes de embarazarse y se utiliza para la prevención de un embarazo	♣ Cualitativo	♣ DIU ♣ Hormonal oral ♣ Hormonal inyectable ♣ Condón ♣ Método ritmo ♣ Otros

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variables independientes: complicaciones obstétricas.

Definición conceptual: todas aquellas afecciones que afectan al embarazo, provocando cambios en la homeostasis que tienen y que se establecen entre la madre y el producto.

Definición conceptual: son las toxemias, anemia, desprendimiento de placenta e infección de vías urinarias, entre otras, que presentan las adolescentes como consecuencia de factores diversos.

Variables	Indicadores	Unidad de magnitud	Valor de referencia	Escala de medición
♣ Complicaciones obstétricas	♣ Toxemia	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Hipertensión ♣ Proteinuria ♣ Edema ♣ Convulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Diastólica mayor sistólica 11° mm Hg ♣ 330 ml o más de 245 hrs 	♣ Cuantitativo ordinal
	♣ Anemia	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Hemoglobina ♣ Eritrocitos ♣ Hematocrito 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ No alcanza 11 g% ♣ Por debajo de 3.500.000 por mm² ♣ Inferior al 32% 	♣ Cuantitativo
	♣ Infección de vías urinarias	♣ Bacterias	♣ 100.000 microorganismos/ml de orina	♣ Cuantitativo

	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Desprendimiento prematuro de placenta 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Hemorragia ♣ Dolor agudo ♣ Crecimiento uterino ♣ Anemia ♣ Shock hipovolémico y cardiogénico. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Abundante ♣ Color negruzco ♣ Coágulos e intermitente ♣ Localiza en el sitio del desprendimiento ♣ Por acumulación de sangre ♣ Baja cantidad de hemoglobina y hematocrito. 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Cualitativo
	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Amnioitís 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Hipertermia ♣ Irritabilidad ♣ Taquicardia materna ♣ Taquicardia fetal ♣ Aumento de las contracciones uterinas ♣ Sensibilidad aumentada del útero 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Por arriba de 38⁰ C ♣ Arriba de 100 x' ♣ Arriba de 160 x' 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Cualitativo
	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Disfunción uterina 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Aumento de contractibilidad ♣ Disminución de contractibilidad ♣ Contractibilidad en focos ectópicos 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Cualitativo

HIPÓTESIS

Las complicaciones obstétricas en la embarazada adolescente, se ostentan por la presencia de factores físicos, psicológicos y sociales.

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio:

- ♣ Retrospectivo: porque se revisarán expedientes de 1999 y 2000, de las embarazadas adolescentes comprendidas durante ese periodo.
- ♣ Descriptivo: los resultados obtenidos, permitieron la expresión y análisis de la información recabada.
- ♣ Transversal: las variables fueron medidas en un solo momento, al revisar cada uno de los expedientes.

2. Universo de estudio:

Son todas aquellas pacientes adolescentes embarazadas que recibieron atención médica en el tiempo comprendido de Enero de 1999 a Diciembre de 2000

- ♣ Población: Embarazadas de 12 a 19 años.

- ♣ Muestra: El 100% de expedientes de embarazadas adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

3. Criterios de inclusión:

- ♣ Todas aquellas adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad.
- ♣ Pacientes que recibieron atención médica en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.

Criterios de exclusión:

- ♣ Pacientes que no contaron con la edad propuesta para el estudio.
- ♣ Pacientes que tuvieran alguna patología previa al embarazo.

Criterios de eliminación:

- ♣ Pacientes que finalmente no fueron atendidas en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro, ya sea por traslado a otra institución o bien por alta voluntaria de la paciente.

4. Límites:

- ♣ **Espacio:** Archivo clínico del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.
- ♣ **Tiempo:** Del 10 de Enero al 30 de Abril de 2000.

5. Recursos

- ♣ Humanos: *Estudiantes:
Leticia Ayala Villalobos
Silvia Carrasco Romero
- *Asesoría:
Maestra Josefina Pérez Gutiérrez.

- ♣ Materiales: *Expedientes
*Papelería en general
*Formato para recabar información.

- ♣ Financieros: *No consigna datos.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo al cronograma de actividades se revisaron expedientes de adolescentes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, de Enero de 1999 a Diciembre de 2000 se identificaron un total de 344. Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos de la investigación.

CUADRO No. 1**MOTIVO DE INGRESO POR EDAD**

**HOSPITAL GENERAL "DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 - 2000**

EDAD	EMBARAZOS		ABORTOS	PORCENTAJE
	No.	%	No.	%
12	1	1.5	1	5
13	1	1.5		
14	20	6	1	5
15	22	7		
16	64	20	5	25
17	60	18	3	15
18	80	24	3	15
19	76	22	7	35
TOTAL	324	100	20	100

Fuente: Libreta de ingreso a la Unidad de Tococirugía de los años 1999 y 2000.

El 24% por motivo de atención del embarazo, se presentó a los 18 años, el 22% a los 19 y el 20% a los 16.

CUADRO No. 2

ESCOLARIDAD

**HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 – 2000**

ESCOLARIDAD	COMPLETA	INCOMPLETA
Primaria	172	45
Secundaria	40	18
Bachillerato	10	20
Técnica	39	
TOTAL	261	83

Del total de las adolescentes embarazadas (344) la mayoría (172) tienen solo la educación primaria terminada,(40) la secundaria, y solo (10) el bachillerato

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL

**HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 – 2000**

UNIÓN LIBRE	130
CASADAS	114
SOLTERAS	90
OTRAS	10

El 40% (130) de las adolescentes embarazadas viven en unión libre,(114) son casadas

CUADRO No. 4

TOXICOMANÍAS

**HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 -2000**

INDICADOR	SI	NO
ALCOHOLISMO	274 (OCASIONALMENTE)	70
TABAQUISMO	154	190
DROGAS	4	EL RESTO NO CONTESTÓ

El 80% (274) de las adolescentes embarazadas reportaron la ingesta ocasional de bebidas alcohólicas, y (154) reportan una cifra importante de tabaquismo.

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 - 2000

PARTOS EUTÓCICOS	296	86%
-GI	270	91%
-GII	20	7%
-GIII	6	2%
CESÁREAS	42	12%
ABORTOS	6	2%
	344	100%

De las 344 adolescentes embarazadas, el 86% (296), fueron atendidas por parto eutocico, de las cuales el 91% (270) son G I, el 7% (20) son G II y el 2% (6) son G III.

En el 12% (42) la resolución del embarazo fue por cesárea y el 2% (6) L.U.I. por aborto.

CUADRO No. 6

VIDA SEXUAL

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO"

ISSSTE

1999 – 2000

IVSA		
12 a 13 años	3	1%
14 a 16 años	141	41%
17 a 19 años	200	58%

En relación a la edad de IVSA el 58% (200) lo inició a los 17 años, el 41% (141) desde los 14 y 1% (3) a los 12 años.

CUADRO No. 7

PAREJAS SEXUALES

**HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 – 2000**

Una	320	93%
Dos o más	24	7%

Se observó que el 93% (320) solo tiene una pareja sexual.

CUADRO No. 8

EMPLEO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO"

ISSSTE

1999 – 2000

DIU	20	6%
Hormonal	28	8%
Ninguno	296	86%

Cabe señalar que el motivo principal de los embarazos en las adolescentes es debido a que no utilizan ningún método anticonceptivo y solo el 6% (20) hacen uso del DIU, Debido también a la poca educación sexual para la prevención del C.A.C.U. el 56% (194) no se realizan el papanicolau.

CUADRO No. 9

INGRESO POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

**HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
ISSSTE
1999 - 2000**

APP	77	23%
RPM	46	13%
Abortos	21	6%
Preclampsia	10	3%
Total	154	45%

Del total de embarazadas, el 37% (126) no asistió a ninguna consulta prenatal, por lo tanto presentaron complicaciones del embarazo, APP el 23%(77),y RPM el 13% (46).

Cabe mencionar que algunas de las adolescentes embarazadas presentaron complicaciones del parto y puerperio como a continuación se describe:

CUADRO No. 10

COMPLICACIONES DEL PARTO Y PUERPERIO

HOSPITAL GENERAL "DR DARIO FERNÁNDEZ FIERRO"

ISSSTE
1999 – 2000

Hemorragia causada por Laceraciones Uterinas	
-cervicales	10
-vaginales	25
Retención de Restos Placentarios	5
Hematomas Vulvovaginales	35
Infección Puerperal (vulvitis, infección del periné, infección de vías urinarias)	78
Preclampsia	10
Eclampsia	12
Síndrome de Hellp	4
Infección de Herida Quirúrgica	8
TOTAL	187-54%

CONCLUSIONES

El mayor numero de embarazos en adolescentes se presenta entre los 16 y 19 años, con primaria incompleta, que viven en unión libre y con inicio de vida sexual activa en la mismos años.

Otra de las causas, es la falta de una adecuada educación sexual, relativa a la falta de métodos anticonceptivos y realización de papanicolau.

Así mismo por la falta de un adecuado control prenatal, se presentan amenazas de parto prematuro y ruptura prematura de membranas.

Y como principales complicaciones del puerperio, infección del perine y de vías urinarias, así como hematomas vulvovaginales.

SUGERENCIAS

Es tarea prioritaria promover un conjunto de medidas prácticas para la puesta en marcha de intervenciones en pedagogía sexual, dado que las principales complicaciones durante el embarazo y el puerperio, se presentan por la falta de una adecuada educación sexual.

Estas acciones deben contar con apoyo presupuestario para:

- Creación de centros de Salud Sexual
- Promoción de estudios psico-sociológicos
- Creación de centros de educativos que cuenten con material y publicaciones en materia de educación sexual.
- Promoción y creación de centro y servicios para adolescentes.

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Impartir información sexual es enseñar una serie de conocimientos teórico-prácticos sobre la sexualidad. Actualmente es casi unánime la opinión que insiste en la necesidad de la información sexual considerándola como un derecho fundamental de la persona. La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como la integración de los aspectos sociales, normativos, afectivos e intelectuales de la sexualidad humana para enriquecer positivamente la personalidad, la intercomunicación y la afectividad.

La información hacia los adolescentes deberá ser lo suficientemente completa, profundizando en las áreas en las que es necesario insistir como son: biología, fecundación, psicología, psicopatología y sociología.

Biología:

Elementos de genética, cromosomas sexuales y herencia. Funcionamiento de las gónadas profundizando en la explicación del ciclo menstrual, el periodo de fecundación.

Fecundación:

Explicar el riesgo de embarazo y la problemática de la reproducción sin una contracepción dirigida médicamente. Explicando con detalle la contracepción, sus técnicas y sus principios, explicar la problemática del aborto y dar información sobre cuales son los centros en los que los jóvenes pueden consultar y cuestionar respecto a planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Explicar el problema del embarazo precoz y la existencia de una contracepción de urgencia y de excepción. Exponer que es el orgasmo, su fisiología y su psicología.

Otro concepto a tratar es el de las enfermedades de transmisión sexual, insistiendo en la importancia de la prevención y del uso de unas normas higiénicas, explicando las diversas patologías y la necesidad de consultar un médico para su tratamiento. Incompatibilidades sanguíneas,

condiciones favorables para la fecundación deseada e insistir en la higiene física, mental y sexual.

Psicología:

Aquí entran todos los aspectos psicológicos que de alguna manera están relacionados con la sexualidad, complejidad del placer humano, zonas erógenas aparte de los genitales, participación del cerebro, responsabilidad e cada miembro de la pareja, exponer lo que es madurez psíquica, física y social.

Psicopatología:

Hacer mención de las disfunciones sexuales con su problemática y tratamientos posibles, hablando ampliamente sobre la homosexualidad, tanto masculina como femenina, su aceptación en la sociedad y la necesidad de respeto por parte de la mayoría, haciendo una relación lo mas clara de las parafilias.

Sociología:

Las leyes que reglamentan la sexualidad, el matrimonio y la pareja. Las relaciones hombre-mujer. Fases biológicas y sociales de la problemática de la dominación falocrítica. Evolución hacia la supresión de la discriminación sexual, así como hacia la igualdad de derechos.

Prostitución y formas de explotación del sexo, diversidad natural de los comportamientos y de las normas culturales. Explicar la necesidad de respeto a los demás, en relación a las circunstancias de la vida personal y de las exigencias de la relación humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obstetrics and Pediatrics complications
Of. Juvenil pregnancy Pach
Pediatrics 1963, 32 p.p. 902-910
2. Obstetrics characteristics among nuliparas under age 15
Obstetr. and Gynecol. 1994, 84 p.p. 365-8
3. Relación entre el estado nutricional de Madres adolescentes
y desarrollo neonatal.
Boletín Oficinas Sanit. Panamá 1995, 11(6)
4. Beneficios de la educación Perinatal en pacientes
adolescentes.
Perinatal Reprod. Human. Jul-Sep. 7. No. 3
5. Embarazo en la adolescencia, influencia de algunos
atributos sociales.
Perinatal. Reprod. Human. Ene-May. 1995, 9 No.1
6. Adolescent Pregnancy and its Consequences
JAMA 1993, Vol. 269 p.p. 1401-3
7. Adolescent Development and transition to Motherhood
Pediatrics 1995 Vol. 96 p.p. 273-77
8. Maternal growth during pregnancy and the competitions of
nutriments
Am. J. Clin. Nutr. 1994 Vol. 60 p.p. 183-8

-
9. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada.
Salud Pública de Méx. 1994 Vol. 36 p.p. 154-60
 10. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes de la ciudad de México.
Salud Pública México. 1993 Vol. 35 p.p. 682-91
 11. Determinants of mother infant interactions in adolescent mothers.
Pediatrics 1985 Vol. 75 p.p. 23-25
 12. Enciclopedia de la sexualidad. Ed. Credimar. Tomo 6 1993 p.p. 594, 614, 615.

Anexos

Diseño de la maniobra:

-Recolección de información.

Se revisaron registros de pacientes que ingresen al Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro por embarazo, se señalaran los expedientes de embarazadas adolescentes por mes y por año para identificar el expediente.

Una vez consignados los expedientes se vaciarán los datos en el formato para recabar datos cada uno, separados por mes y año.

-Organización de la información.

El formato diseñado para recabar la información, nos permitirá realizar el conteo, vertical y horizontal para hacer el cruce de variables, relacionando cada uno de los factores, con las complicaciones presentadas y aceptar o rechazar la hipótesis.

FORMATO PARA RECABAR DATOS DE LOS EXPEDIENTES DE ENERO- DICIEMBRE DE 1999

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1.- Edad												
♣ 12-14 años												
♣ 15-17 años												
♣ 18-19 años												
Subtotal												
2.- Escolaridad												
♣ Primaria												
♣ Secundaria												
♣ Preparatoria												
o Bachillerato												
♣ Nivel técnico												
♣ Otro												
Subtotal												
3.- Estado civil												
♣ Soltera												
♣ Casada												
♣ Unión libre												
♣ Otro												
Subtotal												
4.- Originaria												
♣ D.F.												
♣ Estado de México												
♣ Otro												
Subtotal												

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
5.- Toxicomanías												
♣ Tabaquismo												
♣ Alcoholismo												
♣ Drogadicción												
♣ Otros												
Subtotal												
6.- Edad gestacional												
♣ Antes de 20 SDG												
♣ Antes de 28 SDG												
♣ 29-36 SDG												
♣ 37-41 SDG												
Subtotal												
7.- Procedimiento realizado												
♣ Parto												
♣ Cesárea												
♣ Logrado												
♣ Uteroinhibición												
♣ Otros												
Subtotal												
8.- Parejas sexuales												
♣ Una												
♣ Dos												
♣ Otros												
Subtotal												

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
9.- Asistió a consultas prenatales												
♣ 1 o 2 veces												
♣ 5 veces o mas												
♣ Cada mes												
Subtotal												
10.- Complicaciones												
♣ Toxemia												
♣ Anemia												
♣ Amniotitis												
♣ Infección del tracto urinario												
♣ D.P.P.												
♣ Disfunción uterina												
♣ D.C.P												
Subtotal												

FORMATO PARA RECABAR DATOS DE LOS EXPEDIENTES DE ENERO- DICIEMBRE DE 2000

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1.- Edad												
♣ 12-14 años												
♣ 15-17 años												
♣ 18-19 años												
Subtotal												
2.- Escolaridad												
♣ Primaria												
♣ Secundaria												
♣ Preparatoria												
o Bachillerato												
♣ Nivel técnico												
♣ Otro												
Subtotal												
3.- Estado civil												
♣ Soltera												
♣ Casada												
♣ Unión libre												
♣ Otro												
Subtotal												
4.- Originaria												
♣ D.F.												
♣ Estado de México												
♣ Otro												
Subtotal												

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
5.- Toxicomanías												
♣ Tabaquismo												
♣ Alcoholismo												
♣ Drogadicción												
♣ Otros												
Subtotal												
6.- Edad gestacional												
♣ Antes de 20 SDG												
♣ Antes de 28 SDG												
♣ 29-36 SDG												
♣ 37-41 SDG												
Subtotal												
7.- Procedimiento realizado												
♣ Parto												
♣ Cesárea												
♣ Logrado												
♣ Uteroinhibición												
♣ Otros												
Subtotal												
8.- Parejas sexuales												
♣ Una												
♣ Dos												
♣ Otros												
Subtotal												

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
9.- Asistió a consultas prenatales												
♣ 1 o 2 veces												
♣ 3 veces o mas												
♣ Cada mes												
Subtotal												
10.- Complicaciones												
♣ Toxemia												
♣ Anemia												
♣ Amnioitís												
♣ Infección del tracto urinario												
♣ D.P.F.												
♣ Disfunción uterina												
♣ D.C.P												
Subtotal												

CUESTIONARIO

***HOSPITAL GENERAL "DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"
DEL ISSSTE***

PROTOCOLO

1.- NOMBRE.

2.- EDAD.

3.- ESCOLARIDAD.

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Otro nivel

4.- ESTADO CIVIL

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Otros

5.- TABAQUISMO

- Si
- No

6.- ALCOHOLISMO

- Si
- No

7.- DROGADICCIÓN

- Si
- No

8.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

- Gestaciones
- Partos
- Legrados
- Cesáreas
- IVSA
- Número de parejas sexuales

9.- PAPANICOLAU

- Si
- No

10.- CONTROL PRENATAL

- Si
- No

11.- MÉTODO ANTICONCEPTIVO

- DIU
- Hormonal
- Ninguno

12.- EDAD GESTACIONAL

13.- MOTIVO DE INGRESO

- Trabajo de parto
- APP
- Aborto
- RPM

14.- PROCEDIMIENTO REALIZADO

- Parto
- Cesárea
- Legrado
- Útero inhibición

15.- INDICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Eutocia
- Cesárea
- Desproporción céfalo pélvica
- Cervix desfavorable
- Pélvico
- Gemelar
- Sufrimiento fetal agudo
- Aborto

16.- COMPLICACIONES

- Sangrado
- Desgarro
- Síndrome de Hellp
- Eclampsia
- Shock hipovolémico
- Infección de herida quirúrgica

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	1	2	3	4	5	6
Enero-Febrero	X		X			
Marzo-Abril		X	X			
Mayo-Junio			X			
Julio-Agosto			X			
Septiembre-October			X			
Noviembre-Diciembre			X			
Enero-Febrero			X	X	X	X
Marzo-Abril					X	X

- 1.- Revisión de datos
- 2.- Elaboración de datos
- 3.- Recolección de datos
- 4.- Elaboración de cuadros y graficas
- 5.- Elaboración de resultados
- 6.- Análisis y conclusiones