

Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México

Epidemiological Profile of Pregnant Adolescents Assigned to a Family Medicine Unit in Morelia, Michoacán, Mexico

César A. Zamudio Raya,* Jatziri G. Silva Contreras,** Carlos Gómez Alonso,*** Paula Chacón Valladares****

Resumen

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas adscritas a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 80. **Métodos:** estudio transversal descriptivo. La muestra se calculó mediante la fórmula de población finita, con una magnitud del error de 0.10. De 186 pacientes embarazadas atendidas y adscritas a la UMF no. 80 de 2015 a 2016 se obtuvo una muestra de 72 adolescentes. Se investigaron características sociodemográficas y clínicas. Se aplicó el cuestionario FF-SIL para funcionalidad familiar, Graffar para estrato socioeconómico y cuestionario de violencia intrafamiliar del Instituto Nacional de las Mujeres. Los resultados se muestran en frecuencias y porcentajes. **Resultados:** se determinó que 71 (98.6%) de pacientes estaba en adolescencia tardía y 1 (1.4%) en adolescencia temprana. El estado civil que predominó fue el matrimonio, en 30 (41.67%) adolescentes; 52 (72.22%) provenían de nivel socioeconómico obrero. Se encontró la presencia de tabaquismo en 8 (11.1%) adolescentes, seguido de alcoholismo en 5 (6.9%). Se encontró la presencia de cervicovaginitis en 32 (44.44%) pacientes, seguida de infección de vías urinarias en 18 (25%). Se encontró que 33 (45.83%) adolescentes provenían de familias con moderada disfuncionalidad y 60 (83.33%) se encontraban en una relación abusiva. **Conclusiones:** el perfil epidemiológico de las pacientes embarazadas adscritas en la UMF no. 80 incluye adolescentes mayores de 15 años, sin toxicomanías, nivel socioeconómico obrero y bajo, con algún grado de disfunción familiar y con violencia de pareja.

Palabras clave: embarazo, adolescente, estudios epidemiológicos

Recibido 28/11/17
Aceptado 6/2/18

*Médico residente, UMF no. 80, IMSS.

**Médico epidemiólogo adscrito a UMF no. 80, IMSS.

***Analista físico matemático, Centro de Investigación Biomédica de Michoacán, IMSS.

****Médico especialista en medicina familiar, UMF no. 80, IMSS

Correspondencia:
Paula Chacón Valladares
paula.chacon@imss.com.mx

Sugerencia de citación: Zamudio Raya CA, Silva Contreras JG, Gómez Alonso C, Chacón Valladares P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Aten Fam.* 2018;25(2):54-58. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63555>

Summary

Objective: to describe the epidemiological profile of pregnant adolescents assigned to the Family Medicine Unit (FMU) No. 80. **Methods:** cross-sectional and descriptive study. The sample was calculated by the finite population formula with an error of 0.10. From 186 pregnant patients who attended the FMU No. 80 from 2015 to 2016, the obtained sample was of 72 adolescents. Social and demographic, and clinic characteristics were investigated. The FF-SIL questionnaire was applied for family functionality, the Graffar questionnaire for social and economic status, and the National Women's Institute domestic violence questionnaire. The results are shown in frequencies and percentages. **Results:** it was determined that 71 (98.6%) of the patients was in late adolescence and 1 (1.4%) in early adolescence. Marriage prevailed in 30 (41.67%) and 52 (72.22%) came from a working class in the social and economic level. Smoking was found in 8 (11.1%) adolescents, followed by 5 (6.9%) alcohol abuse. Cervical vaginitis was found in 32 (44.44%) patients, followed by urinary tract infection in 18 (25%) patients. It was found that 33 (45.83%) adolescents came from families with a moderate dysfunctionality and 60 (83.33%) were in an abusive relation. **Conclusions:** the epidemiological profile of pregnant patients assigned to the FMU no. 80 includes adolescents over the age of 15, without addictions, working class and low social and economic level and with a certain degree of family dysfunctionality and partner violence.

Keywords: pregnancy, teenagers, epidemiological studies

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende de los 10 a los 19 años; se considera temprana de los 12 a los 14 años y tardía de los 15 a los 19.¹ Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016, en México, las mujeres de 15 años o más están casadas o viven en unión libre en 57.1%, 24.6% están solteras y 18.3% están separadas, divorciadas o viudas. En cuanto a su nivel de instrucción, 18.8% contaba con educación superior, 28.4% tenía secundaria, 24.6% primaria y 21.3% educación media superior; 6.8% no había aprobado ningún grado escolar.² Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2016 mencionan que las mujeres de 15 años o más que son madres y trabajan perciben menores ingresos que las que trabajan y no tienen hijos en el mismo grupo de edad.³

Durante el embarazo se presentan cambios biopsicosociales, así como cambios intrafamiliares, lo que puede llegar a afectar la funcionalidad familiar.⁴ Las familias de adolescentes embarazadas, si bien son diversas,⁵ están representadas en mayor grado por familias monoparentales o reconstituidas.⁶ Es común encontrar antecedentes de embarazo en la adolescencia dentro del núcleo familiar;⁷ se ha observado que la falta de comunicación y la escasa educación sexual aumentan el riesgo de repetir el patrón.⁸ La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 reportó que una de cada tres mujeres adolescentes de 15 a 19 años (29.2%) había iniciado una vida sexual; 44.9% de las adolescentes no utilizó un método anticonceptivo (MAC) en su primera relación sexual.⁹

La OMS señaló como prioridad de atención el embarazo en adolescentes,

ya que repercute en la salud del niño y de la madre. La mortalidad en mujeres embarazadas de 15 a 19 años en países en desarrollo se duplica en comparación con el grupo de 20 a 34 años.¹⁰ En relación con enfermedades previas al embarazo, en México se reporta diabetes mellitus, anemia, cardiopatías, infección de vías urinarias, síndromes convulsivos, collagenopatías e hipertensión arterial.¹¹ Durante el embarazo en adolescentes, las patologías referidas son: infección de vías urinarias (IVU), vulvovaginitis, enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), bajo peso del producto, parto prematuro y malnutrición.¹²

Los riesgos de inicio temprano de actividad sexual distan de estar resueltos, debido a variables biopsicológicas, socioculturales, económicas, educativas y mediáticas.¹³ La edad de inicio de vida sexual modifica las necesidades de salud, a partir de que una mujer es sexualmente activa, es susceptible de embarazarse y vulnerable a infecciones sexualmente transmisibles.¹⁴ Estas últimas se ubican entre las primeras diez causas de morbilidad en el grupo de 15 a 44 años de edad.¹⁵

El embarazo en adolescentes tiene alta prevalencia en México, esto implica serias complicaciones para la madre, el producto, la familia y para la sociedad; por tal motivo, el objetivo de este trabajo fue describir el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas adscritas a la UMF no. 80 en Morelia, Michoacán, México.

Métodos

Estudio transversal descriptivo del año 2015 al 2016, la muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas y quedó conformada por 72 adolescentes embarazadas, entre 12 y 19

años, adscritas a la UMF no. 80, que se encontraran en cualquier trimestre del embarazo y que aceptaran participar en el estudio mediante firma de consentimiento o asentimiento informado. No se incluyeron pacientes con enfermedades psiquiátricas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

Se recabaron antecedentes sociodemográficos e historia clínica mediante interrogatorio directo a las pacientes. Se aplicó la prueba de evaluación de la funcionalidad familiar (FF-SIL), que clasifica según el puntaje en: familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.¹⁶ Se aplicó el cuestionario de violencia intrafamiliar del Instituto Nacional de las Mujeres, el cual consta de quince preguntas y clasifica la violencia de pareja, de acuerdo con el puntaje obtenido, en: relación abusiva, primer nivel de abuso, abuso severo y abuso peligroso.¹⁷ Se aplicó el instrumento de Graffar para determinar el nivel socioeconómico familiar, de esta forma fue posible clasificar a las pacientes en: estrato alto, medio, medio bajo, obrero y marginal.¹⁸

Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva y para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS v. 23.

Resultados

De las 72 adolescentes embarazadas, 98.6% se encontraba en adolescencia tardía; el porcentaje de adolescentes casadas fue de 41.67% y 34.73% vivía en unión libre. En cuanto al nivel socioeconómico, 72.22% fue clasificado como obrero, seguido de un 19.44% en estrato bajo. La escolaridad de las pacientes se reportó en bachillerato o carrera técnica en 48.6% de los casos y en

educación secundaria en 45.8%; 20.8% de las pacientes tenía empleo, mientras que 45.8% se dedicaba al hogar. El resto de los datos sociodemográficos pueden observarse en la tabla 1.

En relación con patologías asociadas al embarazo se encontró IVU asociadas a cervicovaginitis en 44.4%, seguida por IVU sin cervicovaginitis en 25%, cervicovaginitis sin IVU en 11.1% y enfermedad hipertensiva del embarazo en 2.8%.

Los antecedentes ginecoobstétricos se clasificaron en: inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, si había uso de MAC, embarazos previos, planeación del embarazo y trimestre de inicio del control prenatal (tabla 2).

De acuerdo con la tipología familiar, 73.61% de las pacientes pertenecía a una familia de origen nuclear, 52.78% reportó antecedente de embarazo adolescente en familiares de primer línea, mientras que 54.2% de las pacientes refirió no haber recibido información sobre MAC en el entorno familiar (tabla 3).

En relación con la funcionalidad familiar de las pacientes, 37.50% de las familias fue clasificado como funcional, 45.83% con moderada disfuncionalidad, 15.28% como familia disfuncional y 1.39% como severamente disfuncional. En cuanto a violencia de pareja, 83.33% se clasificó en una relación abusiva, 8.33% con primer nivel de abuso, 6.94% con abuso severo y 1.39% con abuso peligroso.

Discusión

El perfil epidemiológico es fundamental para conocer el entorno de las adolescentes embarazadas y prevenir patologías asociadas y complicaciones. De acuerdo con los niveles de prevención de Ulanowicz y cols.¹⁹ es necesario enfocarse en

el nivel primario y aplicar medidas destinadas a evitar el embarazo adolescente; se debe continuar con el nivel secundario, que se enfoca en medidas a seguir durante el embarazo y, por último, en el tercer nivel, que se refiere a promover los vínculos entre madre, padre e hijo. Con estas medidas se pretende ampliar el conocimiento sobre las acciones necesarias para enfrentar el embarazo adolescente, y enfatizar su complejidad.

En el presente estudio, cerca de cien por ciento de las pacientes se encontraba en adolescencia tardía, resultado similar a lo que reportan Tapia y cols.²⁰ en la Ciudad de México, pero que difiere de las investigaciones realizadas en Acapulco, Guerrero, donde se encontró menor porcentaje de mujeres en adolescencia tardía.²¹ Esto significa que la edad y la ubicación geográfica pueden influir en el embarazo de las adolescentes.

El estrato socioeconómico predominante fue obrero, similar a lo que reportan Manrique y cols.²² en Venezuela, y León y cols.²³ en Chile, donde se asocia claramente el embarazo adolescente con un nivel socioeconómico bajo.

Lo más representativo dentro del perfil ginecoobstétrico de las pacientes en este estudio fue: inicio de vida sexual después de los 15 años de edad, haber tenido sólo una pareja sexual, el uso de preservativo como método anticonceptivo y tener en curso su primer embarazo no planeado. Esto se ha señalado en encuestas nacionales de México y Uruguay.^{3, 24}

Las principales patologías asociadas con el embarazo fueron: la infección de vías urinarias y la cervicovaginitis, en forma combinada o individual; dato similar a lo que reportan otros estudios enfocados en la población general de mujeres embarazadas.²⁵

Tabla 1. Variables sociodemográficas de adolescentes embarazadas

Tipo de adolescencia	n (%)
Tardía (15 a 19 años)	71 (98.6)
Temprana (10 a 14 años)	1 (1.4)
Estado civil	
Casada	30 (41.67)
Unión libre	25 (34.72)
Soltera	15 (20.83)
Divorciada o separada	2 (2.78)
Nivel socioeconómico	
Obrero	52 (72.22)
Estrato bajo	14 (19.44)
Estrato medio	3 (4.17)
Marginal	3 (4.17)
Escolaridad	
Bachillerato o técnica	35 (48.6)
Secundaria	33 (45.8)
Primaria	4 (5.6)
Ocupación	
Ama de casa	33 (45.8)
Estudiante	24 (33.35)
Empleada	15 (20.8)
Toxicomanías	
Ninguna	58 (80.6)
Tabaco	8 (11.1)
Alcohol	5 (6.9)
Drogas	1 (1.4)
Religión	
Católica	65 (90.3)
Otras	3 (4.2)
Evangelista	2 (2.8)
Ateo	2 (2.8)

Tabla 2. Variables ginecoobstétricas de adolescentes embarazadas

Antecedentes ginecoobstétricos	Frecuencia (%)
Inicio de vida sexual activa	
Adolescencia tardía	60 (83.3)
Adolescencia temprana	12 (16.7)
Número de parejas sexuales	
Una pareja	41 (56.9)
Dos parejas	19 (26.4)
Múltiples	12 (16.7)
Uso de MAC	
Preservativo	33 (45.8)
Ninguno	21 (29.2)
Hormonales	17 (23.6)
DIU	1 (1.4)
Embarazos previos	
Ninguno	60 (83.3)
Aborto	5 (6.9)
Parto	4 (5.6)
Cesárea	3 (4.2)
Planeación del embarazo	
No	51 (70.8)
Sí	21 (29.2)
Trimestre de inicio de control prenatal	
Primero	57 (79.2)
Segundo	13 (18.1)
Tercero	2 (2.8)

Tabla 3. Características familiares de adolescentes embarazadas

Variable	Frecuencia (%)
Tipo de familia	
Nuclear	53 (73.61)
Seminuclear	14 (19.44)
Extensa	5 (6.95)
Antecedentes familiares de embarazo adolescente	
Familiares primera línea	38 (52.78)
Familiares segunda línea	26 (36.11)
No	8 (11.11)
Información de anticonceptivos en el entorno familiar	
Sí	33 (45.8)
No	39 (54.2)

La mayoría de las pacientes encuestadas no consumía drogas legales o ilegales, escenario similar al de la ciudad de México.²⁰ Diversos estudios señalan que las adolescentes que provienen de familias con núcleos desintegrados y disfuncionales tienen mayor riesgo de presentar embarazo, así como aquellas con antecedentes de familiares de primer grado con embarazo adolescente; en ese mismo sentido, los resultados del presente análisis concuerdan con el antecedente de embarazo de una familiar en primer grado; sin embargo, la mayoría de las pacientes provenían de una familia nuclear. Un aspecto que es importante mencionar es que el embarazo adolescente guarda relación con la funcionalidad de la familia, ya que ésta fue clasificada en la mayoría de las pacientes con moderada disfuncionalidad, observaciones que han sido constatadas en otros estudios.⁵⁻⁸

La totalidad de las adolescentes presentó algún grado de violencia, lo cual concuerda con lo que reportan Cruz y cols.²⁶ en Tabasco, esto obliga a considerar las condiciones del embarazo en estas pacientes, debido a que la violencia en sus diferentes grados todavía es vista con normalidad en distintos estratos socioeconómicos; en relación con lo anterior existen políticas para concientizar y prevenir la violencia de género que es recomendable conocer, difundir y seguir.

Se reconoce como limitación en este estudio que se presenta una muestra pequeña, que estuvo supeditada a una sola UMF.

Conclusiones

El perfil epidemiológico de las pacientes embarazadas adscritas en la UMF no. 80 incluye adolescentes mayores de 15

años, sin toxicomanías, nivel socioeconómico obrero y bajo, que padecen en su mayoría IVU o cervicovaginitis, con algún grado de disfunción familiar y que padecen violencia de pareja.

Referencias

1. Awuapara S, Valdivieso M. Características biopsicosociales del adolescente. *Odontol. Pediatr.* 2013;12(2).
2. ENDIREH [Internet. Consultado el 27 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
3. Estadísticas a propósito del día de la madre 2017 [Internet. Consultado el 27 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf
4. García RA, Martínez CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av. Enferm.* 2011;29(1):75-86.
5. Alba LH. Familia y práctica médica. *Univ. Méd. Bogotá (Colombia).* 2012;53(2):166-185.
6. Rojas M, Méndez R, Álvarez C. El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad. *Rev. Enc.* 2016;14(01):139-150.
7. Ruvalcaba NA, Sanchez C. Salud mental Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional. Primera edición. México: Amateditorial; 2015.
8. Estrategia nacional para la prevención de embarazo en adolescentes [Internet. Consultado el 27 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf
9. ENADID [Internet. Consultado el 27 de noviembre de 2017]. Disponible en: www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
10. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol obstetr Mex.* 2015;83:294-301.
11. León JC, Hernández LA, Hernández MA. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana. *Ginecol obstetr Méx.* 2002;70:320-326.
12. Nolzco ML, Rodríguez LY. Morbilidad Materna en Gestantes adolescentes. *Rev. Pos. VI Cát. de Med.* 2006;(156):13-18.
13. Díaz E, Lira J, Watty A, Acosta M. La adolescente embarazada: información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. *Ginecol obstetr Mex.* 2013;81:693-699.
14. Gayet C, Gutiérrez J. Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud pub. de Méx.* 2014;56(6).
15. Leal F, Stuardo A, Molina G, González A. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(1):41-47.
16. Instrumento ff-sil [Internet. Consultado el 18 de Agosto de 2017]. Disponible en: <http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fpdf%2Fmgi%2Fv30n1%2Fan0204114.pdf>
17. Test para identificar si vivo violencia en mi familia [Internet. Consultado el 18 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v14n2/v14n2a3.pdf>
18. Ruiz y cols. Estratificación socioeconómica, estado nutricional y lípidos plasmáticos en escolares venezolanos. *Rev Venez Endocrinol Metab.* 2012;10(1):28-37.
19. Ulanowickz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. *Rev. de pos.VI Cát. de Med.* 2006;(153):13-17.
20. Tapia H, Jiménez A, Pérez I. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital público de la ciudad de México. *Enf. Univ. eneo-unam.* 2012;9(3):7-14.
21. Cuevas V, Olvera JF, Chumacera RM. Características sociales y Familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un Modulo de alto riesgo. *Rev Med imss.* 2015;43(2):267-271.
22. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68(3):144-149.
23. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped. Elec.* 2008;5(1):42-50.
24. De Dios A, Medina R. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y como los usan. *Rev Med Urug.* 2006;22(3):185-190.
25. Villaseca Rodrigo, Ovalle Alfredo, Amaya Fernando, Labra Bayron, Escalona Natalia, Lizana Paola, et ál. Vaginal infections in a Family Health Clinic in the Metropolitan Region, Chile. *Rev. chil. infectol.* 2015;32(1):30-36.
26. Cruz A, Morales F, Arriaga RM, Chan AC. Prevalencia de violencia conyugal en mujeres de 15 a 45 años en una localidad de Balancán, Tabasco. *Salud en Tab.* 2013;19(2):44-50.