

11211 67
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION OBSTETRICA ADOLESCENTE QUE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO:

EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE 6 AÑOS

Clayton
DR. SAMUEL KARCHMER K. DR. ERNESTO CASTELLAZO MONALES

PROFESOR TITULAR

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA DR. JUAN MANUEL GROSSO ESPINOSA

Melendez

TUTOR DE TESIS: DR. JOSE ROBERTO AHUED AHUED
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
asesor de tesis: DR. LUIS SIMON PEREIRA



INPer

MEXICO, D. F.

DIRECCION DE ENSEÑANZA

FEBRERO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

25/2/98
1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A Dios por haberme escogido como Servidor de Mis Hermanos y por la Cariñosa Deferencia con la que me ha llevado durante la Totalidad de Mi Vida.

A Mis Padres Juan Manuel Grosso Montemayor y María Teresa Espinosa Muciño cuyas Almas le dieron Materia a la Mía y con las que comparto el mismo Espiritu.

A Melita por proveerme de alas para volar a lo más Alto y Profundo de Mi mismo...

A Mi Esposa Laura mi Compañera de la Aventura de Vivir ...
Refugio de mis Tribulaciones y Motor para superarme.
A sus Padres, ahora Míos por su continuo Apoyo.

A La Demostración Más Divina del Amor de Dios Hacia Mí...
Ana Sofía, Mi Hija por compartir TU SER conmigo.

Al Instituto Nacional de Perinatología por ser Mi Familia durante estos Años de Maduración...

Dr. Samuel Karchmer Krivitzki, Maestro Formador de Instituciones por Guiarme en el Arte de Existir en Autenticidad.

Dr. Jose Roberto Ahued Ahued por Demostrar de manera continua la Paternal inquietud de Mi Desarrollo Humano y Profesional.

Dr. Luis Simon Pereira, Prototipo del Ginecologo Obstétra Triunfador por Enseñar con el ejemplo lo que es un Ser Humano Completo.

Al Resto de Mis Maestros en el INPer por su paciencia y dedicación en mi formación.

Dr. Rodrigo Zamora, Dr. Eduardo Manuel Espadas, Dr. Lionel Leroy, Dr. Carlos Ramirez, Dra Luz del Carmen Juarez, Dra. Nancy Sierra, Dra Viridiana Gorbea, Dra. Yedyd Duque, Dra. Rosario Madrazo, Dr. Guillermo Tovar , Dr. Gabriel Gil, Dr. Eduardo Soberanez, Dr. Nahum Flores, Dr. Julio César Chanona, por ser Amigos a Toda Prueba.

Al Resto de Mis Compañeros Residentes Agradeciendo por la enseñanza y la amistad.

INDICE

	PAGINA
1. MARCO TEORICO	1
2. JUSTIFICACION.....	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4. METODOLOGIA.....	6
5. RESULTADOS.....	7
6. CONCLUSIONES.....	13

MARCO TEORICO:

La palabra adolescencia proviene del latín "adolescere" que significa crecer, se emplea para designar el periodo de la vida en el que el ser humano se transforma de niño a adulto mediante la maduración de todos los sistemas que lo conforman. Dicha maduración es un proceso dinámico que se sucede en el individuo normal de manera paulatina, y que se da en diferentes tiempos, no solo de órgano a órgano sino de individuo a individuo.

Durante este periodo de tiempo, la persona adquiere capacidad biológica para procrear; así los términos menarquia y espermarquia significan no solo la aparición de la primera menstruación y de la primera eyaculación sino que reflejan la madurez de los órganos sexuales y con ellos el inicio de un estímulo para ser sexualmente activos (1).

En los Estados Unidos De Norteamérica ocurre un millón de embarazos en la población de menores de 20 años, los nacimientos de este núcleo de población representan el 20% del total de nacimientos. 480.000 nacen vivos y entre 300 mil y 400 mil son abortos incluyendo en ellos los terapéuticos reportados y los no terapéuticos reportados (que representan dos tercios del total) y espontáneos (2-4).

El 20% de los embarazos de estas pacientes ocurren en el primer mes de inicio de vida sexual activa, y el 50% en los primeros seis meses. El riesgo de mortalidad se ha calculado en 11.1 muertes por cada 100,000 nacimientos

El impacto económico de este problema representó una erogación de 16 billones de dólares el año de 1985. (4)

La explicación de este fenómeno se encuentra directamente relacionada con la actividad sexual de la población de riesgo, y nuevamente en Estados Unidos se sabe que el 50% de las mujeres entre 13 y 44 años se encuentran en riesgo de un embarazo no deseado, de estas el 39% del grupo de 13-19 años se encuentra con riesgo para embarazo no deseado, representando el 15% del total, con un incremento del 15 cada año por inicio de vida sexual.(3)

Se ha demostrado además, un decremento en la edad de inicio de vida sexual activa desde 1970. Así, en 1988 el 70% de las mujeres norteamericanas de 18 años y el 51% de las de 17 años habían tenido relaciones sexuales, contrastando con 1970 con 39% y 32% respectivamente; además, entre 1988 y 1989 el 55% de las mujeres de 15-17 años y el 61% de las mujeres de 18-19 años habían tenido más de una pareja sexual (3). El 76% de los varones de 17-19 habían iniciado vida sexual activa en 1988.(2)

Lo anterior está basado en estudios Norteamericanos, pero en América Latina el problema tiene sus rasgos propios, así en Chile en una encuesta llevada a cabo en la capital Santiago(6) a 865 mujeres y 800 hombres, se encontró que el 35.4% de las mujeres y el 65% de los hombres habían iniciado vida sexual activa. La edad promedio es de 17.9 para las mujeres y de 16.0 para los varones.

La pareja en las mujeres fue en promedio 3.5 años mayor que ella, para los hombres fue 2.5 años mayor.

El uso de métodos de planificación familiar fue de 20.3 % para las mujeres y 18.7% para los hombres, siendo los más frecuentemente usados el ritmo, el coito interrumpido, el condón y las píldoras.

El uso de métodos de anticoncepción fue mayor si era mayor su educación sexual.

El porcentaje de mujeres embarazadas alguna vez osciló entre el 24.3% y 62.6%, el 85% de las mujeres no eran vírgenes y habían tenido por lo menos un embarazo antes del matrimonio.

El 60% de los nacidos vivos fueron concebidos antes de contraer matrimonio el

porcentaje de embarazos no deseados fue de 50.4%. Cabe mencionar que el 90% de estas embarazadas llevaron control prenatal.

Es importante que menos de 30% de los encuestados lograron responder a preguntas sobre el periodo fértil de la mujer y sobre el conocimiento de anticonceptivos, aún a pesar de haber recibido clases de Educación Sexual previa.

A preguntas sobre si la mujer debería saber de sexo el 97.3% de las mujeres y el 95.4% de los hombres respondieron que sí; a la pregunta sobre si el hombre debería de tener experiencia sexual previa el 27.5% de las mujeres y el 31.9% de los hombres contestaron afirmativamente. Sobre la "Institución del Matrimonio" solo el 26.9% de las mujeres y el 24.9% de los hombres consideraron que todas las personas deben casarse. En relación a conductas de riesgo menos de 3% en su autoevaluación se consideraron en alto riesgo para contraer SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual a pesar de tener riesgos reales como sexo sin protección. El porcentaje de recién nacidos fuera del matrimonio en la población de menores de 20 años ascendió de 29.6% en 1965 a 58.2% en 1987.

En México la incidencia de embarazo adolescente (entre 15-19 años) fue de 430 000 embarazos anuales CONAPO 1991. La mortalidad de la población de embarazadas entre los 15-24 años fue de 19.4% .(1)

En un estudio de 1010 adolescentes en Ciudad de Mexico D.F. (1) siendo el 51.7% del sexo masculino y el 48.3% de sexo femenino, con un promedio de edad para ambos de 17 años, se encontro lo siguiente:

La menarquia ocurrió a los 12.4 años y la espermaquia a los 14 años. El 32.7% tenían inicio de vida sexual activa: el 22.9% de las mujeres y el 41.9% de los hombres. La edad promedio de inicio para los hombres fue de 16 y para las mujeres de 17 años. Solo el 33.8% utilizaron metodos de anticoncepcion, de los cuales el 63.2% fue coito interrumpido y el ritmo para el 38.9% . Del 59.2% que no usaron anticoncepción , el 39.7% fue por ignorancia y el coito no planeado en el 28.9%. La edad del primer embarazo fue de 17.8 años para la mujer y de 18.7 para el hombre.

Este esbozo demográfico sirve para situarnos en el contexto del problema que, como observamos, es grave no nada más en el sentido de su gran contribución de eventos obstétricos, sino además dichos eventos se dan en pacientes que se encuentran en una etapa de maduración biológica, psicológica y social.

La literatura con respecto a las complicaciones es contradictoria, apareciendo una gran cantidad de escritos de países desarrollados en donde se expresa que no existe incremento de la patología propia del embarazo y en contraposición la de los subdesarrollados en donde se demuestra lo contrario. Así en los estudios Norteamericanos se refiere que no existen aumento de preeclampsia, malformaciones cromosómicas o congénitas, retraso del crecimiento intrauterino, amenaza de parto pretérmino y al aumento del índice de cesáreas, distocias, disminución de Apgar, aunque si hay datos sugerentes de bajo peso al nacer.

Al Investigar en la Literatura sobre los embarazos complicados no logramos obtener información sobre las características demográficas de las pacientes y el tipo y porcentaje de sus complicaciones por lo que tratamos de establecer por vez primera esta información en nuestro Instituto.

JUSTIFICACION

En los Estados Unidos Mexicanos la incidencia según CONAPO 1991 de embarazos en la población adolescente (considerada entre los 15-19 años) fue de 430,000 embarazos anuales, La mortalidad de la población de embarazadas entre los 15-24 años fue de 19,4%. Se ha visto un incremento en el inicio de vida sexual de las adolescentes en México y los programas de prevención no han tenido éxito (1,17). En el INPer en el año 93 se presentaron según el Departamento de Estadística 643 casos de embarazadas menores e igual a 19 años, en el año 94 se incrementó a 684 casos y en el año 95 hubo un incremento a 767 casos con un caso en ésta población de 7 eventos obstétricos, a pesar de ser un Centro de Referencia y de encontrar dicho incremento no se a podido coordinar los esfuerzos para un estudio

Este esbozo demográfico sirve para situarnos en el contexto del problema que, como observamos, es grave no nada más en el sentido de su gran contribución de eventos obstétricos, sino además dichos eventos se dan en pacientes que se encuentran en una etapa de maduración biológica, psicológica y social.

La literatura con respecto a las complicaciones es contradictoria, apareciendo una gran cantidad de escritos de países desarrollados en donde se expresa que no existe incremento de la patología propia del embarazo y en contraposición la de los subdesarrollados en donde se demuestra lo contrario. Así en los estudios Norteamericanos se refiere que no existen aumento de preeclampsia, malformaciones cromosómicas o congénitas, retraso del crecimiento intrauterino, amenaza de parto pretérmino y al aumento del índice de cesáreas, distocias, disminución de Apgar, aunque si hay datos sugerentes de bajo peso al nacer.

Al Investigar en la Literatura sobre los embarazos complicados no logramos obtener información sobre las características demográficas de las pacientes y el tipo y porcentaje de sus complicaciones por lo que tratamos de establecer por vez primera esta información en nuestro Instituto.

JUSTIFICACION

En los Estados Unidos Mexicanos la incidencia según CONAPO 1991 de embarazos en la población adolescente (considerada entre los 15-19 años) fue de 430,000 embarazos anuales, La mortalidad de la población de embarazadas entre los 15-24 años fue de 19,4%. Se ha visto un incremento en el inicio de vida sexual de las adolescentes en México y los programas de prevención no han tenido éxito (1,17). En el INPer en el año 93 se presentaron según el Departamento de Estadística 643 casos de embarazadas menores e igual a 19 años, en el año 94 se incrementó a 684 casos y en el año 95 hubo un incremento a 767 casos con un caso en ésta población de 7 eventos obstétricos, a pesar de ser un Centro de Referencia y de encontrar dicho incremento no se a podido coordinar los esfuerzos para un estudio

estandarizado de la morbi-mortalidad y así se han presentado trabajos en las Sesiones del Departamento de Enseñanza con estadística contradictoria obtenida de diversas Fuentes del INPer como los expedientes de Pediatría, de Trabajo Social y de Informática, presentando en todos los estudios variaciones en la morbimortalidad y excluyendo en algún otro a una parte de la población adolescente del INPer. Además de esto, se a propuesto la no aceptación de las adolescentes en periodos tardíos de embarazo por considerar que no existe Justificación en base a la morbimortalidad perinatal para su ingreso, sin ningún fundamento científico que sostenga tal decisión. Se espera poder con éste trabajo dar pauta a el estudio científico y coordinado del embarazo adolescente, con estadísticas uniformes y en base a esto Justificar el rechazo o cambiar nuestra Norma para la aceptación al INPer de éste núcleo importante de población en riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La morbi-mortalidad del embarazo de la adolescente en el INPer y en el Mundo a sido sub-estimada, debido a que no se ha abordado este problema desde el punto de vista de la totalidad de las adolescentes con embarazos complicados manejados en las UCIA provocando con esto que, a pesar de que existe un gran número de trabajos Nacionales e Internacionales que estudian la Morbi-mortalidad Perinatal del Embarazo en la Adolescencia ,los resultados se muestren contradictorios algunos afirmando incremento y otros descartándolo.

METODOLOGIA

Estudio Retrospectivo, Transversal y Descriptivo.

LUGAR Y DURACION

Instituto Nacional de Perinatología con revisión de 6 años (1992-1998)

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Universo es la totalidad de las pacientes adolescentes que hayan sido ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto en el periodo de

estandarizado de la morbi-mortalidad y así se han presentado trabajos en las Sesiones del Departamento de Enseñanza con estadística contradictoria obtenida de diversas Fuentes del INPer como los expedientes de Pediatría, de Trabajo Social y de Informática, presentando en todos los estudios variaciones en la morbimortalidad y excluyendo en algún otro a una parte de la población adolescente del INPer. Además de esto, se a propuesto la no aceptación de las adolescentes en periodos tardíos de embarazo por considerar que no existe Justificación en base a la morbimortalidad perinatal para su ingreso, sin ningún fundamento científico que sostenga tal decisión. Se espera poder con éste trabajo dar pauta a el estudio científico y coordinado del embarazo adolescente, con estadísticas uniformes y en base a esto Justificar el rechazo o cambiar nuestra Norma para la aceptación al INPer de éste núcleo importante de población en riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La morbi-mortalidad del embarazo de la adolescente en el INPer y en el Mundo a sido sub-estimada, debido a que no se ha abordado este problema desde el punto de vista de la totalidad de las adolescentes con embarazos complicados manejados en las UCIA provocando con esto que, a pesar de que existe un gran número de trabajos Nacionales e Internacionales que estudian la Morbi-mortalidad Perinatal del Embarazo en la Adolescencia ,los resultados se muestren contradictorios algunos afirmando incremento y otros descartándolo.

METODOLOGIA

Estudio Retrospectivo, Transversal y Descriptivo.

LUGAR Y DURACION

Instituto Nacional de Perinatología con revisión de 6 años (1992-1998)

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Universo es la totalidad de las pacientes adolescentes que hayan sido ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto en el periodo de

estandarizado de la morbi-mortalidad y así se han presentado trabajos en las Sesiones del Departamento de Enseñanza con estadística contradictoria obtenida de diversas Fuentes del INPer como los expedientes de Pediatría, de Trabajo Social y de Informática, presentando en todos los estudios variaciones en la morbimortalidad y excluyendo en algún otro a una parte de la población adolescente del INPer. Además de esto, se a propuesto la no aceptación de las adolescentes en periodos tardíos de embarazo por considerar que no existe Justificación en base a la morbimortalidad perinatal para su ingreso, sin ningún fundamento científico que sostenga tal decisión. Se espera poder con éste trabajo dar pauta a el estudio científico y coordinado del embarazo adolescente, con estadísticas uniformes y en base a esto Justificar el rechazo o cambiar nuestra Norma para la aceptación al INPer de éste núcleo importante de población en riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La morbi-mortalidad del embarazo de la adolescente en el INPer y en el Mundo a sido sub-estimada, debido a que no se ha abordado este problema desde el punto de vista de la totalidad de las adolescentes con embarazos complicados manejados en las UCIA provocando con esto que, a pesar de que existe un gran número de trabajos Nacionales e Internacionales que estudian la Morbi-mortalidad Perinatal del Embarazo en la Adolescencia ,los resultados se muestren contradictorios algunos afirmando incremento y otros descartándolo.

METODOLOGIA

Estudio Retrospectivo, Transversal y Descriptivo.

LUGAR Y DURACION

Instituto Nacional de Perinatología con revisión de 6 años (1992-1998)

UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Universo es la totalidad de las pacientes adolescentes que hayan sido ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto en el periodo de

estudio 1992 a 1998.

Las Unidades de observación son la totalidad de las pacientes adolescentes admitidas en el periodo comprendido de Estudio y que sus diagnósticos se encuentren en el Archivo Clínico de la UCIA.

No requirió de Muestreo ni tamaño de la muestra porque se incluyen todas las pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

Se incluirán todas las pacientes adolescentes (mayores de 10 años y hasta 19 años) que hayan ingresado a UCIA por Patología Asociada o no al embarazo, en el Periodo comprendido del 1o de Enero de 1992 al 31 de Marzo de 1998 y cuyo diagnóstico se encuentre en el Archivo Clínico de la UCIA.

Se excluyen todas las pacientes que no se encuentren en el periodo comprendido de la investigación y fuera del grupo etario a investigar.

VARIABLES EN ESTUDIO

Variables Universales: Edad, Gestaciones, Partos, Cesáreas, Abortos, Patología Asociada, Método de Resolución del Embarazo, Pesos de los productos comparados por grupo etario

RECOLECCION DE DATOS

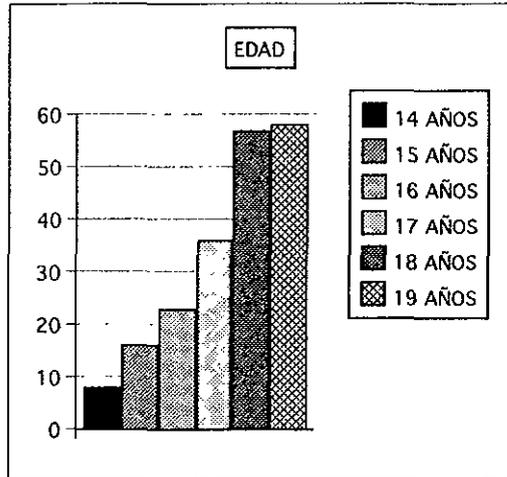
Se recolecto la información del Archivo de UCIA con Hoja de diseño.

RESULTADOS

En el Periodo comprendido de estudio se encontraron un total de 198 pacientes ingresadas a la UCIA.

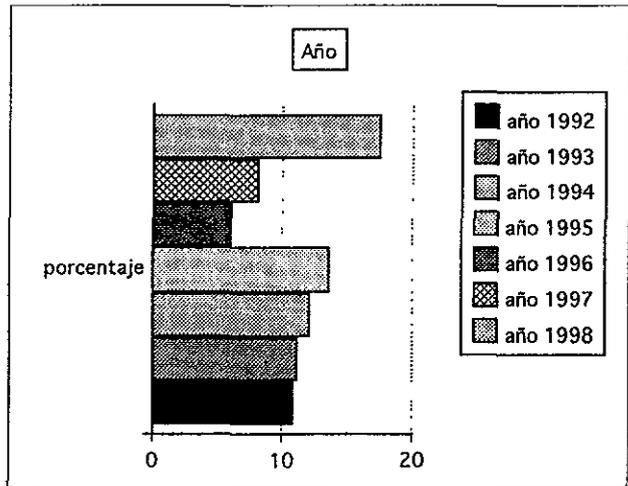
Desglosando por Edad:

EDAD	
14 AÑOS	8
15 AÑOS	16
16 AÑOS	23
17 AÑOS	36
18 AÑOS	57
19 AÑOS	58



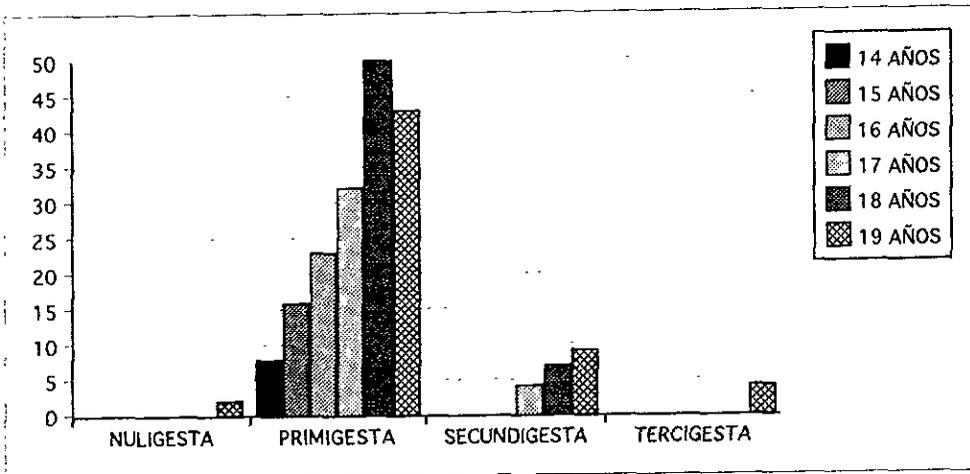
Desglosando por año:

Año	porcentaje
año 1992	10.76
año 1993	11.14
año 1994	12.09
año 1995	13.52
año 1996	5.96
año 1997	8.07
año 1998	17.46



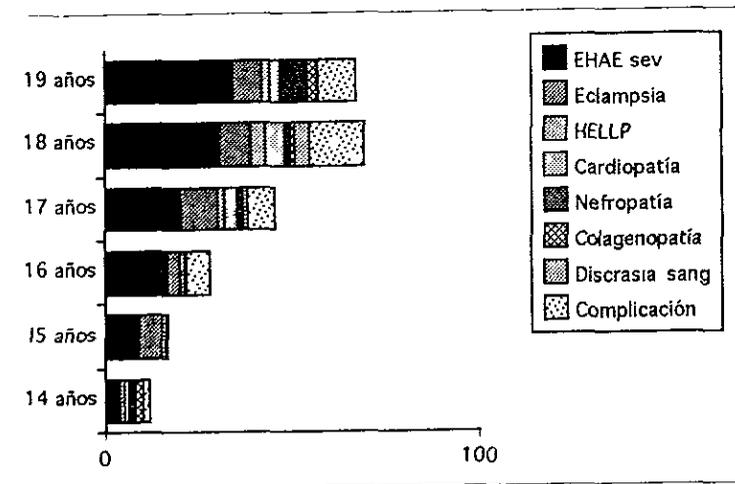
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS
NULIGESTA	0	0	0	0	0	2
PRIMIGESTA	8	16	23	32	50	43
SECUNDIGESTA	0	0	0	4	7	9
TERCIGESTA	0	0	0	0	0	4



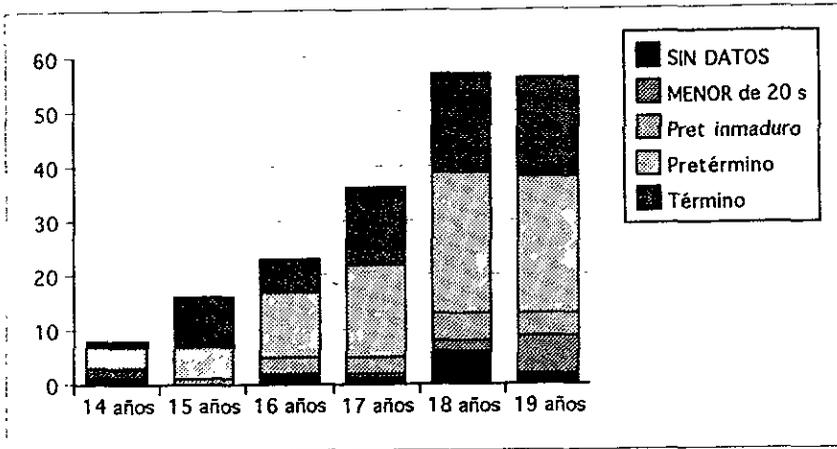
Se encontraron los siguientes diagnósticos de Ingreso por grupo de edad :

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
EHAE sev	4	9	17	20	31	34
Eclampsia	0	6	3	10	8	8
HELLP	1	0	1	2	4	2
Cardiopatía	1	1	0	3	5	3
Nefropatía	2	0	1	2	2	7
Colagenopatía	2	0	0	0	1	3
Discrasia sang	0	0	0	1	4	0
Complicación	2	1	6	7	14	10



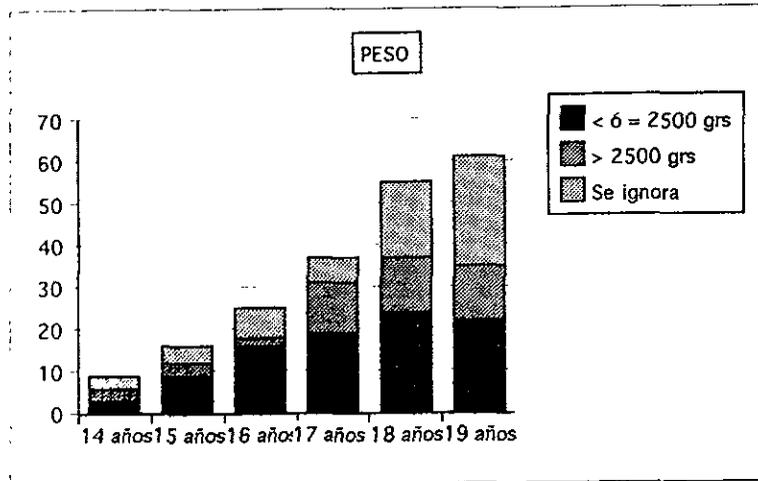
EDAD GESTACIONAL A LA RESOLUCION DEL EMBARAZO

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
SIN DATOS	1	0	2	1	6	2
MENOR de 20 s	2	0	0	1	2	7
Pret inmaduro	0	1	3	3	5	4
Pretérmino	4	6	12	17	26	25
Término	1	9	6	14	18	18

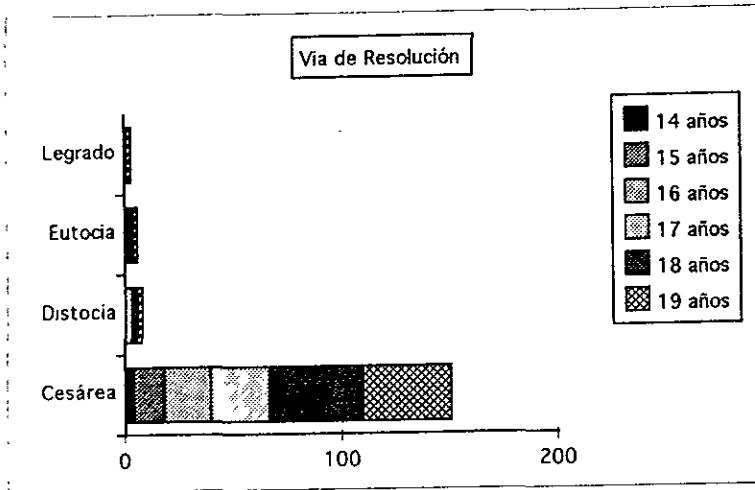


PESO DEL RECIEN NACIDO A LA RESOLUCION DEL EMBARAZO

PESO	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
< ó = 2500 grs	3	9	16	19	24	22
> 2500 grs	3	3	2	12	13	13
Se ignora	3	4	7	6	18	26



VÍAS DE RESOLUCIÓN DE LAS PACIENTES QUE INTERRUMPIERON SU EMBARAZO DURANTE SU ESTANCIA EN LA UCIA



Via de Resolución	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
Cesárea	4	14	22	27	43	41
Distocia	0	0	0	3	3	2
Eutocia	0	1	1	1	1	2
Legrado	0	0	0	1	0	2

CONCLUSIONES

El Análisis de los resultados nos presenta el siguiente panorama demográfico

En 1992 hubo un total de 223 ingresos a la UCIA de los cuales el 10.76% fueron adolescentes.

En 1993 hubo un total de 296 ingresos a la UCIA de los cuales el 11.14% fueron adolescentes.

En 1994 hubo un total de 306 ingresos a la UCIA de los cuales el 12.09% fueron adolescentes.

En 1995 hubo un total de 340 ingresos a la UCIA de los cuales el 13.52% fueron adolescentes; Como podemos observar, existe una tendencia franca al aumento en el número de ingresos durante estos años. En 1996 cambia la Norma de aceptación en el INPer y sólo se aceptan pacientes de edad menor o igual a 16 años y de allí que de un total de 352 ingresos en 1996 sólo el 5.96% fueran adolescentes, posteriormente, en 1997 el total de ingresos a UCIA fue de 322 y el porcentaje de adolescentes fue de 8.07%.

En 1998 luego de la apertura de la Clínica de Embarazo de Adolescentes hasta Marzo de 1998 habían ingresado 63 pacientes totales de los cuales el 17.46% eran adolescentes.

Uno de los hallazgos de la investigación es el que las adolescentes tempranas (10 a 14 años) representan un grupo minoritario de los ingresos a Terapia Intensiva con un 8.16%, en éste grupo el 100% fueron primigestas, las complicaciones como alteraciones renales, colagenopatías fueron mas frecuentes que la preeclampsia-eclampsia.

Los productos pretérminos fueron la mayoría al resolverse éstos embarazos durante la estancia de la UCIA y en esto es equiparable a las Adolescentes Tardías (15 a 19 años), así como lo son en los pesos en los que los menores de 2500gm fueron mayoría y en la vía de resolución por cesárea.

La categorización por grupo de edad usando las definiciones de la Organización Mundial de la Salud nos permite ver que al avanzar la

edad se incrementa la incidencia de la Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo (EHAE) y que el grupo de Adolescentes Tardías Representa el mayor número de ingresos a la UCIA, por lo que será interesante a partir de éstos antecedentes formular estudios prospectivos para demostrar si el comportamiento de éstas pacientes una vez que se complica el embarazo es peor o mejor que el de grupos control adultos y creemos que para lograr este cometido se deberá de seguir considerando al grupo de adolescentes como de Alto Riesgo.

Bibliografía

- 1.-García BJ, Figueroa PJG, ReyesZH, BrindisC, PerezPG. Características Reproductivas de las adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Salud Pública Mex 1993; 35:682-91.
- 2.-Jaskiewicz JA, McAnarney ER. Pregnancy during adolescence. Pediatr Rev 1994; 15:32-8.
- 3.-Hillard PJA. Family planning in the teen population. Curr Opin Obstet Gynecol 1993; 5:798-804.
- 4.-Cavanaugh RM Jr. Anticipatory Guidance for the adolescent: Has it come? Pediatr Rev 1994;15 485-8.
- 5.-Stevens-Simons C, Boyle C. Gravid students. Arch Pediatr. Adolesc Med ,1995; 149:272-5.
- 6.- Solange Vm, Herold JM, Morris L, López IM. Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes del Gran Santiago. Bol of Sanit Panam 1992;112:19-30
- 7.- Toro CRJ. Embarazo en adolescentes. Ginec Obstet Mex 1992;60:291-5
- 8.- Taylor GB, Katz VL, Moos MK. Racial disparity in pregnancy outcomes: Analysis of black and white teenage pregnancies. J Perinatol 1995;15:480-3
- 9.- Stevens-Simons C, Lowy R. Teenage childbearing. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149:912-5

10.- Salinas MAM, Martínez SC, Pérez SJ. Percepción de factores de riesgo reproductivo. Ginec Obstet Mex 1993;60:8-14.

11.- Morris DL, Berenson AB, Lawson J, Wiemann CM. Comparison of adolescent pregnancy outcomes by prenatal care source. J Reprod Med 1993;38:375-80

12.- Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and very low birth weight infants: disproportionate association. Obstet Gynecol 1996;87:83-8

13.- Stevens-Simons C, McAnarney ER, Roghmann KJ. Adolescent gestational weight gain and birth weight. Pediatrics 1993;92:805-9

14.- Stevens-Simons C, McAnarney ER. Adolescent pregnancy. AJDC 1992;146:1359-64

15.- Scholl TO, Hediger ML. Weight gain, nutrition, and pregnancy outcome: findings from the Camden study of teenage and minority gravidas. Semin Perinatol 1995;19:171-81

16.- Creatas G. Adolescent gynecology and obstetrics. Eur J Obstet Gynecol Reprod Med 1995;58:107-9

17.- Ehrenfeld LN. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública Mex 1994;36:154-60

18.- Flanagan PJ, McGrath MM, Meyer EC, García CCT. Adolescent development and transitions to motherhood. Pediatrics 1995;96:273-7.

