



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION QUINTANA ROO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16**

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y
PERINATALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA NO.7
DE CANCÚN Q.ROO, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DEL 2006 AL 30 DE
JUNIO DEL 2006.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MIGUEL AGUILAR LIRA

CANCÚN, Q.ROO.

2010



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.

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA NO.7 DE CANCÚN Q.ROO, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DEL 2006 AL 30 DE JUNIO DEL 2006.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL AGUILAR LIRA

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA NO.7 DE CANCÚN Q.ROO, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO DEL 2006 AL 30 DE JUNIO DEL 2006.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MIGUEL AGUILAR LIRA

AUTORIZACIONES

DR. LEONEL REYES ESPINOSA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. DANIEL ROLANDO LÓPEZ SAN MARTÍN

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HGOP NO. 7 IMSS

ASESOR TEMÁTICO:

DRA. MARTHA ARACELI MARMOLEJO VÁZQUEZ

GINECOOBSTETRA HR NO. 17 IMSS

DRA. MA. ROSELIA CRUZ GONZÁLEZ

GINECOOBSTETRA HGOP NO. 7 IMSS

INDICE GENERAL

MARCO TEORICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACION	23
OBJETIVOS	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
METODOLOGIA	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
TIPO DE ESTUDIO	27
POBLANCIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	27
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
Criterios de selección	27
Criterios de inclusión	28
Criterios de exclusión	28
Criterios de eliminación	28
INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR	29
Variable Independiente	29
Variable dependiente	29
Variables Intervinientes	29
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	30
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	38
DESCRIPCION DE LA TÉCNICA	38

ANALISIS ESTADÍSTICO	38
ANEXOS	39
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR	39
RESULTADOS	40
GRAFICAS	43
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIÓN	67
BIBLIOGRAFIA	69

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la salud define el embarazo como el período comprendido desde la anidación del embrión en el útero hasta el parto; y a la adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida su independencia socio-económica y fija sus límites. Cronológicamente la ubica entre los 10 a 20 años de edad. (1,2)

La adolescencia se divide en: Adolescente Temprana (10 a 13 años), Adolescente media (14 a 16 años y Adolescente tardía (17 a 20 años). Es importante conocer estas etapas, para interpretar actitudes y comprenderlas durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada” (1,2)

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad, la cual se adquiere en la siguiente etapa, la de adultez joven. Mientras eso llega, la adolescente usa desmesuradamente su fantasía, busca parejas idealizadas a quienes ama intensamente, pero de quienes se decepciona casi tan rápido como se enamora. Esto es, las adolescentes juegan a descubrir la sexualidad adulta; de niñas conocieron una sexualidad incompleta, según haya sido manejada por sus padres, la cual antagoniza con las fuerzas biológicas de maduración y las tendencias culturales del medio en que la adolescente se desarrolla. Por lo tanto, a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia. (1)

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las

naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias. (3)

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. (4) En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. (5)

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. (6)

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. (7)

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un mal control prenatal. (8)

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en una familiar que no acepta el embarazo. (9,7)

En los últimos 10 años ha aumentado el interés por el embarazo en adolescentes, generando políticas y programas de educación en salud, para disminuir tal fenómeno. (10)

La vida sexual empieza cada vez a más temprana edad como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Uno de los efectos de esta precocidad es el embarazo en la adolescencia; las causas son discutibles y numerosas, la más obvia es que mantienen relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. Siendo más frecuente en países en desarrollo y entre los grupos sociales menos favorecidos, donde este tipo de situaciones son comunes y aceptadas. Se concentra en los grupos de población que viven en condiciones inadecuadas de salubridad, y en los que esta no cuenta con apoyo de orientación y atención medica apropiadas. “La capacidad para prevenir embarazos no va a la par de este comportamiento”. (10, 11,12)

La conducta de las adolescentes sigue un patrón normal para una sociedad como la mexicana con una moda de 17 años para el embarazo, lo cual no es diferente de lo que sucede en otras partes del país. La mayoría de las jóvenes sabe leer, aunque todavía persisten algunas adolescentes analfabetas, situación que deberá resolverse mediante su inscripción a educación para los adultos del Instituto Nacional de Educación para los Adultos (INEA), organismo que tiene presencia en Cancún. La educación en la entidad es de primaria (a veces incompleta) en su mayoría, seguida de la educación secundaria y por un mínimo con preparatoria o preparación técnica. Es obvio que los embarazos a edad temprana conducen al abandono de la escuela.

Respecto al lugar de nacimiento, la mayoría tiene su origen en poblaciones pequeñas o pueblos, seguidos por las nacidas en ciudades y por último por las que nacieron en áreas rurales, aunque esto no tiene implicaciones para la conducta sexual de las adolescentes, seguramente debido a la carencia o falta de cumplimiento de los programas de educación sexual. (11)

Sin embargo, se sabe que los embarazos en adolescentes de áreas con mayor pobreza se incrementan sustantivamente. (13)

La religión predominante es la católica; sin embargo, llama la atención que un porcentaje significativo se ha alejado de estas prácticas y que solamente un pequeño porcentaje pertenecen a algunas sectas religiosas, las cuales no tienen ninguna influencia en la conducta sexual de las jóvenes, aunque en la mayoría de éstas recomiendan como método anticonceptivo solamente el método del ritmo y el coitus interruptus.

En la mayoría de los casos, las adolescentes viven con ambos padres al momento de embarazarse, lo cual refleja que son familias nucleares y que esto no influye en su conducta sexual, ni tampoco que proviniesen de hogares desintegrados, situación que indica que se trata más de un problema de educación. No se puede, sin embargo, dejar de reconocer que en las familias desintegradas, en donde la adolescente sabe que existe infidelidad de los padres o padrastros, la violación es la regla, o el embarazo prematuro a fin de abandonar el hogar. (12)

Casi la mitad de las adolescentes trabajaba antes del embarazo, lo cual significa que habían abandonado los estudios y habían entrado al mercado laboral a edad muy temprana a fin de complementar la economía del hogar. La ocupación paterna principal es, el número de empleados es muy elevado; tampoco esto influye en la conducta sexual de las adolescentes. La ocupación materna de aproximadamente la mitad de las adolescentes se restringe a los quehaceres del hogar, lo cual es tradicional en nuestra sociedad y su cambio hacia madres que trabajan ha sido muy lento. Si las madres son las principales educadoras del

comportamiento sexual y social de sus hijos, seguramente no han cumplido con su tarea por múltiples razones. El número de hermanos en la mayoría es de uno a tres; esto refleja el cambio social de la disminución en el número de hijos mediante los programas de control de la natalidad que tienen una antigüedad de alrededor de 30 años.

Casi la mitad de las adolescentes al momento de embarazarse ya vivían en unión libre y la otra mitad son casadas o solteras. Esto significa que la institución matrimonial ha perdido importancia entre los adolescentes y prefieren permanecer sin compromisos legales. (13)

El alcoholismo en el hogar es elevado, con casi 50% de ingesta de alcohol principalmente por el padre. Sin embargo, las adolescentes en su gran mayoría no ingieren este tipo de bebida; la mayoría tampoco fuma, lo cual es ventajoso porque esta toxicomanía tiene consecuencias sobre el producto; respecto al consumo de drogas, el porcentaje es mucho menor. Esto indica de que esos hábitos no son (todavía) de importancia para la conducta sexual de las jóvenes.

Solamente una tercera parte de las adolescentes practican algún tipo de deporte; el que la cifra sea tan baja es lamentable porque, como es sabido, su práctica influye en la conducta social de los individuos. Indudablemente que las actividades deportivas para los jóvenes deberán incrementarse. La asistencia a los servicios religiosos es practicada por casi 60% de las adolescentes, lo que indica que su influencia no es importante en la conducta de las jóvenes, amén de que casi todas las religiones están en contra del uso de métodos anticonceptivos, con excepción del método del ritmo o de Billings, el cual es ineficaz. La asistencia a centros de diversión como discotecas es elevada; esta actividad sí tiene importancia porque en esos lugares de socialización se facilitan las relaciones sexuales. La edad de las parejas sexuales de las adolescentes corresponde con la de ellas, excepto por algunos casos extremos que tienen poca o ninguna importancia en la conducta sexual de las jóvenes. (14)

Los aspectos psicosociales de la embarazada adolescente. La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija - madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede

adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. (13,14)

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (15)

La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad. (16,17)

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos

anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual. (18,19)

La UNICEF MÉXICO, mencionó para el período 2000-2005 que la tasa de fecundidad de las adolescentes a nivel mundial, (definida como el número anual de nacidos vivos, por cada 1000 mujeres) con edades de entre 15 a 19 años, fue de 50 por cada 1000, variando desde 127 por cada 1000 en algunos países de África a 18/1000 en Asia oriental y el Pacífico, destacando China por su baja fecundidad; América Latina y en el Caribe reportan 71/1000. (13)

En Estados Unidos, la incidencia de embarazo en adolescentes varía desde 56 x 1000 hasta 117 x 1000 según el Estado que se estudie, y cada año se embarazan de 800,000 a 900,000 adolescentes.

En México el embarazo en la adolescente es un fenómeno frecuente. Según la INEGI en el año 2000 se embarazaron 500,000 adolescentes, 25% del total de embarazos que se registraron en el país (2, 767,610), 390,000 llegaron a término su embarazo, lo que significa que el 17% de los nacimientos fueron de mujeres menores de 19 años.

En Quintana Roo el INEGI reporta una situación similar a la nacional con discreto incremento en los últimos años; en el 2002 el porcentaje de nacimiento registrados en mujeres menores de 20 años fue 17.1%, en el 2003 17.7%, en el 2004 17.3%, y en el 2005 18.0%.

El embarazo en la adolescencia se ha asociado a un mayor riesgo de complicaciones del embarazo, parto, puerperio y mortalidad materna. Y complicaciones perinatales para el feto y el recién nacido. (13,20)

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años

de posmenarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años).

Aún en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas. (21)

Diferentes grupos médicos desde la década de los 60, señalan que el embarazo en adolescentes es un hecho que sobrepasa los factores meramente biológicos, por lo que se requiere proporcionar una atención médica integral, en un ambiente adaptado a la psicología y problemática de la adolescente embarazada. (9)

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo- padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida". (22,23, 24,25)

Las complicaciones Obstétricas son condiciones o procesos patológicos asociados que pueden ocurrir durante al embarazo o hasta 40 días después de este, en mujeres previamente sanas o con alguna patología subyacente. Se dividen en complicaciones menores y complicaciones mayores de acuerdo a la guía clínica de atención prenatal de IMSS.

Las complicaciones menores son:

Anemia, Cervicovaginitis, Bacteriuria asintomática, Infección de las vías urinarias, Amenaza de aborto

Las complicaciones mayores son:

Embarazo ectópico, Aborto en evolución, Embarazo Molar, Embarazo Múltiple Retraso en el crecimiento intrauterino, Hiperémesis Gravídica, Preeclampsia-Eclampsia, Inserción baja de placenta, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Amenaza de parto prematuro, Muerte Fetal, Ruptura prematura de membranas, Diabetes Gestacional.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) menciona que en el año 2001 Las complicaciones obstétricas ocuparon el 18º lugar como causa de

mortalidad hospitalaria y el 35º sitio como causa de mortalidad general. Por su parte, las afecciones perinatales representaron la 7ª causa de mortalidad general y la 1ª causa de mortalidad infantil. (26)

La OMS y UNICEF en el año 2001 reportaron que el promedio mundial de la incidencia de complicaciones obstétricas mostró un descenso importante en los últimos veinte años, de 15/1000 nacidos vivos en 1980 a 5/1000 nacidos vivos en 1997.

En Cuba en un estudio que se realizó en el municipio de Santa Cruz del Sur en el año 2000 reporta las complicaciones que se asociaron con mayor frecuencia a embarazos de adolescentes; anemia (33.3%), signos de alarma y amenaza de parto pretérmino (14.3%). Las complicaciones maternas periparto y posparto fueron también más frecuentes en las adolescentes. (27)

En Colombia (1991) en las madres adolescentes hubo mayor incidencia de parto pretérmino, la adolescencia temprana tiene un riesgo incrementado de cerca del 75% de parto pretérmino.

En Venezuela (1999-2000) el aborto en adolescentes constituye una causa frecuente de consulta en las emergencias (14.6% que terminaron en aborto).

En México (1997) refiere que la edad materna de 10-13 años conlleva una propensión 3-4 veces mayor de tener partos a pretérmino. (3)

México DF, en la clínica de atención para la paciente adolescente del Instituto Nacional de Perinatología durante 1999-2000 las complicaciones obstétricas se presentaron en 23.5% Infección de vías urinarias, 17.9% la anemia y desnutrición, 20.2% la ruptura prematura de membranas y amenaza de un nacimiento de pretérmino.

Las principales causas de mortalidad materna en el mundo en 1997 fueron hemorragia grave (25%), infección puerperal (15%), aborto (13%) y preeclampsia-eclampsia (12%).

En los últimos 10 años seis millones de mujeres han muerto por esta causa, y se calculó que en el mundo ocurre una muerte materna cada minuto.

México comparte la estadística mundial; para el mismo año las primeras causas de mortalidad materna fueron preeclampsia eclampsia (32.8%), hemorragia del

embarazo y parto (19.7%), aborto (8.5%) y complicaciones del puerperio (8.4%). pudiendo ser prevenibles y evitables.

El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. (29)

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada; por ejemplo, la preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas.

En el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. (30)

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas.

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido con bajo peso. Para la edad gestacional. (31)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino y el desprendimiento prematuro de la placenta.

Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. (32)

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal.⁸ Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto. (30)

Las Complicaciones Perinatales se presentan en el feto o recién nacido antes, durante y después del parto, a partir de la semana 28 de gestación y hasta los 7 días después del nacimiento.

Estas son Muerte perinatal, Asfixia, Depresión neonatal, Hipoglicemia, Malformaciones congénitas, Bajo peso al nacer, Prematurez, Sepsis neonatal, Ictericia neonatal, Trauma obstétrico, Síndrome de aspiración de líquido amniótico.

Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces mayor posibilidad de tener complicaciones perinatales y neonatales. (13,20)

El bajo peso al nacer de los recién nacidos es uno de los factores determinantes de la mortalidad neonatal. En México se presenta en el 10-12% de los nacimientos. Las principales causas de bajo peso al nacer son factores

ambientales, hereditarios, problemas médicos de la madre (especialmente la enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes, problemas del riñón, corazón y púlmanes), factores sociodemográficos (como bajo ingreso familiar y falta de educación). (33)

Los bebés de bajo peso al nacer suelen presentar más complicaciones médicas (como problemas respiratorios) y del desarrollo, muerte súbita y discapacidad en prematuros, tienden a presentar hipoglucemia, daño cerebral, así como, ictericia no hemolítica grave. El control de la temperatura corporal es inadecuado, pueden presentar hemorragia peri-intra ventricular, enterocolitis y retinopatías.

Se calcula que en el mundo nacen alrededor de 20 millones de niños con un peso menor de 2500gr de los cuales 40 al 70% son prematuros.

Los factores sociodemográficos y biológicos que se asocian a un parto prematuro son al igual que los recién nacidos con bajo peso, la clase social baja, analfabetismo, escolaridad insuficiente, madre soltera, edad materna menor de 18 años, talla menor de 140cm, falta de control prenatal y drogadicción. Además de estos factores hay una serie de condiciones que se asocian en forma más específica a la prematurez como son los antecedentes de partos pretérmino previos, ruptura de membranas, bajo peso al nacer y embarazo múltiple.

El peso al nacer como evaluador de la madurez biológica del recién nacido constituye un parámetro importante que se debe considerar, cuando este se encuentra por debajo de 2500g produce alteraciones en el desarrollo físico, mayor morbimortalidad, ictericia, enfermedades diarreicas agudas y otras enfermedades de tipo infeccioso durante su primer año de vida. (20,27)

En el año 2002 en Cuba se manifestó la incidencia de la morbimortalidad perinatal, donde se observaron complicaciones tales como el bajo peso al nacer (6.8%) y la depresión al nacer (4.5%). las cuales se registraron en una cifra mucho menor en el grupo de gestantes de mayor edad. (28)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales ya que existe capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psicológica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable.

Existen diferencias entre las tasas de embarazos de los adolescentes entre los diferentes países dependiendo del grado de desarrollo y el promedio de edad del matrimonio. Se sabe por datos recientes que los embarazos en adolescentes constituyen el 25% del total que se registra en nuestro país.

Existen factores predisponentes para el inicio de actividad sexual a temprana edad como son la pubertad precoz, abuso sexual, pobreza, familia disfuncional con pérdida del vínculo familiar, vivir en comunidades donde el embarazo es frecuente, pero sobretodo el carecer de una información objetiva sobre sexualidad y métodos de planificación familiar debido a que en la escuela, casa o servicio de salud no se da una información adecuada respecto a estos temas, llevando consigo a embarazos a temprana edad y no deseados.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años.

En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos.

El deseo de realizar este estudio es porque el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Se concluye que sólo con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones podría lograrse en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida, para mejorar así los resultados perinatales.

Sin embargo, para disminuir los embarazos en adolescentes y sus potenciales complicaciones de nuestro país deberemos tener en cuenta las condiciones

socioculturales de la población para poder implementar los siguientes elementos que ayudan a reducir la tasa de embarazos en edades tempranas como son:

1. Educación sexual con programas que atiendan las dudas e inquietudes de los jóvenes respecto a la sexualidad y como ejercerla sin riesgo.
2. Servicios de salud sexual y reproductiva a su alcance;
3. Promover una mayor autoestima en el adolescente.
4. Los profesores deberán capacitarse para que impartan educación sexual a partir del jardín de niños y el conocimiento de los métodos anticonceptivos a partir de la menarquía.
5. El médico familiar, el pediatra y el gineco-obstetra deberán tomar la responsabilidad de la educación sexual de sus pacientes a partir de la menarquía, y deberán advertirles sobre las consecuencias de un embarazo no deseado y los riesgos de las relaciones sexuales a edades tempranas.

¿Cuál es la frecuencia de las complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia y Pediatría No. 7 de Cancún Q. Roo. Del Instituto Mexicano del Seguro Social?

JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescente es un fenómeno que se ha incrementado en las últimas décadas, Considero de gran importancia identificar que existe la evidencia que las complicaciones obstétricas y perinatales son más frecuentes es este grupo en particular, sin embargo, en Quintana Roo, a pesar de encontrarse entre las entidades con mayor incidencia de adolescentes embarazadas y con un índice de nacimiento más altos, no existen hasta el momento ningún estudio que permita evidenciar la situación real.

Siendo el Hospital de Gineco-pediatría No. 7, la Unidad que atiende al mayor número de embarazos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado, puede ser representativo del problema a investigar.

En México el embarazo en la adolescente es un fenómeno frecuente. Según la INEGI en el año 2000 se embarazaron 500,000 adolescentes, 25% del total de embarazos que se registraron en el país (2, 767,610), 390,000 llegaron a término su embarazo, lo que significa que el 17% de los nacimientos fueron de mujeres menores de 19 años.

En Quintana Roo el INEGI reporta una situación similar a la nacional con discreto incremento en los últimos años; en el 2002 el porcentaje de nacimiento registrados en mujeres menores de 20 años fue 17.1%, en el 2003 17.7%, en el 2004 17.3%, y en el 2005 18.0%. (20,13)

De acuerdo a datos del informe “La infancia cuenta en México 2006” de la Red por los Derechos de la Infancia en México, de las 164 mil 108 mujeres de entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo en el año de 2005, el 7%, es decir cerca de 11 mil 500, se ubicaron en Quintana Roo.

El citado informe “La infancia cuenta en México 2006” expone que hay otros Estados del país que tienen una incidencia similar a la de Quintana Roo en lo que se refiere a embarazos en adolescentes entre 15 y 17 años, como son las

entidades de Baja California Sur, Chiapas y Chihuahua, que alcanzaron la cifra de 6.9%. (33)

Quintana Roo es fundamentalmente una zona turística, con gran cantidad de población flotante, pues llegan miles de inmigrantes cada año y ello genera un fenómeno que se liga a la falta de educación sexual.

Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquía precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual. (18,19)

La (CONAMED) menciona que en años 2001 Las complicaciones obstétricas ocupan el 18° lugar como causa de mortalidad hospitalaria y 35° sitio como causa de mortalidad general. Por su parte, las afecciones perinatales representan la 7° causa de mortalidad general y la 1° causa de mortalidad infantil.

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 2006, Quintana Roo y el Estado de México reportaron cifras preocupantes en lo que se refiere a muertes de mujeres al momento del parto. En el Estado de México se registraron 114 muertes maternas. En tanto que en Quintana Roo tampoco ha logrado reducir la incidencia de casos de este tipo: pues en 2006 se reportaron 11. (26)

Quintana Roo es el Estado del país en donde se registran desde hace 10 años, el mayor índice de adolescentes embarazadas. Ni el esfuerzo de las autoridades por frenar el problema, ni las campañas de información han podido revertir el fenómeno, el cual ha encontrado tierra fértil en la elevada inmigración, la desintegración social y familiar, el abandono al que son sujetos una inmensa

cantidad de niños y jóvenes de la entidad –especialmente de la Zona Norte- y la falta de información incluso entre profesores, los cuales llegan a fomentar más los prejuicios que la educación sexual que se requiere para evitar que una gran cantidad de niñas pasen de jugar con muñecas a hacerlo con sus propios hijos.⁽³³⁾

El embarazo en la adolescencia se ha asociado a un mayor riesgo de complicaciones del embarazo, parto, puerperio y mortalidad materna. Y complicaciones perinatales para el feto y el recién nacido. ^(13,20)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia y Pediatría No.7 de Cancún Quintana Roo Del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo del 01 de enero del 2006 al 30 de junio del 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la frecuencia de adolescentes embarazadas de la población obstétrica del Hospital de Gineco-Obstetricia y Pediatría No.7 de Cancún Quintana Roo Del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Identificar la vía de resolución del embarazo en mujeres adolescentes.
3. Identificar la frecuencia de las complicaciones obstétricas menores y mayores las cuales son: Anemia, Cervicovaginitis, Bacteriuria asintomática, Infección de las vías urinarias, Amenaza de aborto. Embarazo ectópico, Aborto en evolución, Embarazo Molar, Embarazo Múltiple, Retrasó en el crecimiento intrauterino, Hiperémesis Gravídica, Preeclampsia-Eclampsia, Inserción baja de placenta, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Amenaza de parto prematuro, Muerte Fetal, Ruptura prematura de membranas, Diabetes Gestacional.
4. Identificar la frecuencia de las Complicaciones Perinatales las cuales son: Muerte perinatal, Asfixia, Depresión neonatal, Hipoglicemia, Malformaciones congénitas, Bajo peso al nacer, Prematurez, Sepsis neonatal, Ictericia neonatal, Trauma obstétrico, Síndrome de aspiración de líquido amniótico.

METODOLOGIA

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto al ser un estudio observacional y descriptivo, con recopilación de la información de expedientes clínicos, permite guardar la confidencialidad de las pacientes elegibles para participar, su nombre no aparecerá en los resultados, los cuales serán estadísticos.

Este estudio se presentara para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar, sin embargo, los productos de este estudio podrán ser dados a conocer en las revistas de difusión científica del IMSS, así como en sesiones informativas del hospital de gineco-pediatría, y pueden utilizarse para la creación de programas que beneficien a la población

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y retrospectivo.

POBLANCIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se recabo el expediente de mujeres embarazadas adolescentes (de 10 a 20 años) que estuvieron hospitalizadas en el Hospital de Gineco-Obstetricia y Pediatría No.7 de Cancún Q. Roo Del Instituto Mexicano del Seguro Social de Cancún Q. Roo y que se resolvió el embarazo en esta unidad.

En el periodo del 01 de enero del 2006 al 30 de junio del 2006.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se estudio el expediente de las pacientes que fueron ingresadas en el hospital en el intervalo comprendido entre 01 de enero al 30 de junio del 2006.

CRITERIOS DE INCLUSION

Expediente de mujeres adolescentes embarazadas, pacientes del Hospital de Gineco-Obstetricia y Pediatría No.7 de Cancún Q. Roo Del Instituto Mexicano del Seguro Social. Que se atendieron para la resolución de un evento obstétrico (de 10 a 20 años).

CRITERIOS DE EXCLUSION

Embarazadas mayores o iguales a 21 años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se excluyeron expedientes de los cuales no se pudieron completar todos los datos.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

Variable Independiente.

El embarazo en la adolescente

Variable dependiente:

Complicaciones obstétricas y perinatales

- ❖ Edad.
- ❖ Semanas de Gestación.
- ❖ Nivel socioeconómico.
- ❖ Escolaridad.
- ❖ Estado civil.
- ❖ Ocupación.
- ❖ Edad del Primer Embarazo.
- ❖ Número de Embarazos.
- ❖ Número de Partos.
- ❖ Número de Abortos.
- ❖ Número de Cesáreas.
- ❖ Antecedentes de productos con muerte perinatal.
- ❖ Antecedente de productos con peso bajo al nacimiento.
- ❖ Antecedente de haber tenido parto pretermino.
- ❖ Método de planificación familiar previo al embarazo.
- ❖ Edad Gestacional al inicio del control prenatal

Variables Intervinientes:

Edad: Años cumplidos

Numero de gesta

Vía de resolución del embarazo

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES INTERVINIENTES

Variable	Tipo de variable	Unidad de medición	Análisis estadístico.
EDAD	Cuantitativo	Años cumplidos	Estadística descriptiva
NUMERO GESTA	Cuantitativo	Numero de embarazos	Estadística descriptiva
VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO	Cuantitativo	Nacimientos vaginales Extracción del producto a través de uterina, Mayores de 20 semanas de gestación. abortos	Estadística descriptiva

VARIABLES DEPENDIENTES

CONCEPTO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
COMPLICACIONES OBTERICAS	ANEMIA	Es la reducción en la cantidad de hemoglobina en sangre; el valor de corte que la distingue en el embarazo es < 11 g/dL	Se revisaran los resultados de laboratorio de los expedientes clinicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	CERVICOVAGINITIS	Es el proceso inflamatorio de la vagina y el cérvix uterino acompañados de infección microbiana (flora anaerobia, Gardnerella vaginalis, Tricomonas o Candida) y el flujo vaginal.	Se revisaran los expedientes clinicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	<p>Es la colonización bacteriana persistente del tracto urinario en ausencia de síntomas específicos. El nivel de colonización debe mostrar en el urocultivo una cantidad > o igual 100 mil unidades formadoras de colonias bacterianas/mL.</p>	<p>Se revisaran los resultados de laboratorio de los expedientes clínicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS	<p>BAJAS (CISTITIS) disuria, polaquiuria y urgencia urinaria, sin presencia de taquicardia, taquipnea, deshidratación, dolor lumbar y fiebre. Además, tira reactiva positiva a esterasa de leucocitos o nitritos, o más de 10 leucocitos por campo microscópico en sedimento urinario. ALTAS (PIELONEFRITIS) : presencia de disuria, polaquiuria o urgencia urinaria, más fiebre (temperatura > 38 °C) o dolor lumbar.</p>	<p>Se revisaran los resultados de laboratorio y expedientes clínicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
AMENAZA DE ABORTO	<p>Hemorragia en la primera mitad del embarazo que no se acompaña de dilatación del cérvix uterino.</p>	<p>Se revisaran los expedientes clínicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

	EMBARAZO ECTOPICO	Implantación del blastocito en sitio diferente a la cavidad uterina.	Se revisaran los expedientes clinicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
COMPLICACIONES OBTERICAS	ABORTO EN EVOLUCION	Hemorragia de la primera mitad del embarazo que se acompaña de modificaciones cervicales y puede mostrar sintomatología dolorosa	Se revisaran los expedientes clinicos. (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	EMBARAZO MOLAR	Desarrollo anormal del óvulo fecundado consistente en degeneración hidrópica (edema) de las vellosidades coriales.	Se revisaran los expedientes clinicos y resultado de gabinete y laboratorio (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	EMBARAZO MULTIPLE	Se origina por la fecundación de uno o más óvulos con el desarrollo intrauterino de dos o más fetos, condición asociada a mayor número de complicaciones.	Se revisaran los expedientes clinicos y resultados de gabinete (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	RETRAZO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	En la práctica una medición de la altura del fondo uterino por debajo de la centila 10 de la curva de altura del fondo uterino para la edad gestacional, indica retraso en el crecimiento fetal. Estrictamente lo que se desea identificar es el peso del producto cuando está por debajo de la centila 10 de la curva de crecimiento de acuerdo con la edad gestacional.	Se revisaran los expedientes clinicos y resultados de gabinete (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

COMPLICACIONES OBTERICAS	HIPEREMESIS GRAVIDICA	Vómitos incoercibles durante el primer trimestre de la gestación que comprometen el equilibrio hidroelectrolítico y estado nutricional de la embarazada.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	PREECLAMPSIA ECLAMPSIA	Entidad patológica exclusiva del embarazo caracterizada por hipertensión arterial (tensión arterial sistólica mayor de 140 mm Hg. y diastólica mayor de 90 mm Hg., o una elevación de 30 y 15 mm Hg. en la sistólica y en la diastólica con respecto a la basal) y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo. Si se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia.	Se revisaran los expedientes clínicos y resultado de laboratorio (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA	Inserción anormal de la placenta en la zona de la cavidad uterina situada entre el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno.	Se revisaran los expedientes clínicos y estudios de gabinete (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	Separación prematura de la placenta de su sitio de inserción en la cavidad uterina; se manifiesta por sangrado transvaginal en el tercer trimestre de la gestación.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

COMPLICACIONES OBTERICAS	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	Cuando se presentan contracciones uterinas regulares después de las 20 semanas de gestación y antes de las 37, con intervalos de cinco a ocho minutos o menores entre cada contracción.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	MUERTE FETAL	Ausencia de latido cardiaco y de movimientos fetales después de la semana 20 de gestación y antes del inicio de trabajo de parto espontáneo.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Pérdida espontánea de la integridad de las membranas corioamnióticas con salida transvaginal de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
COMPLICACIONES OBTERICAS	DIABETES GESTACIONAL	Estado de intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. La detección de glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl constituyen la sospecha de diabetes mellitus; la comprobación se realiza con glucemia mayor de 140 mg/dL tras haber recibido carga de 50 g de glucosa por vía oral. La confirmación de hiperglucemia en ayuno en una medición subsecuente hace innecesaria la realización de la prueba de tolerancia oral a la glucosa.	Se revisaran los expedientes clínicos y estudios de laboratorio (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

COMPLICACIONES PERINATALES	MUERTE PERINATAL	Las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida.	Se revisaran los expedientes clínicos y resultados de gabinete (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	ASFIXIA	Déficit de oxígeno con incremento de CO ₂ en la sangre fetal, lo que produce acidosis intrauterina, que es la causa del sufrimiento fetal.	Se revisaran los expedientes clínicos y resultados de gabinete (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	DEPRESION NEONATAL	Apgar al minuto menor o igual 6, con evolución neurológica neonatal normal	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	HIPOGLUCEMIA	Nivel de glucosa en la sangre por debajo del que se admite como normal en recién nacidos.	Se revisaran los expedientes clínicos y estudios de laboratorio (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	MALFORMACIONES CONGENITAS	Es un defecto estructural de la morfogénesis presente al nacimiento. Puede comprometer a un órgano o sistema o varios al mismo tiempo; puede ser leve y hasta pasar inadvertida hasta ser severa y comprometer la vida del feto o del recién nacido.	Se revisaran los expedientes clínicos y resultados de gabinete (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	BAJO PESO AL NACER	Un peso menor de 2500 gramos en el momento de nacer	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
COMPLICACIONES PERINATALES					

SIONES
PERINATALES

PREMATUREZ	Producto de la concepción nacido antes de completar las 37 semanas de gestación.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
SEPSIS NEONATAL	Infección producida por un germen capaz de provocar una respuesta inflamatoria en todo el organismo. Los síntomas asociados a sepsis son fiebre, hipotermia (ver), taquicardia (ver), taquipnea (ver) y elevación en los valores de glóbulos blancos. Puede producir la muerte.	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
ICTERISIA NEONATAL	Es la manifestación visible de la piel y en las escleróticas de las concentraciones elevadas de bilirrubina sérica. Los neonatos sin embargo no parecen ictericos hasta que la concentración de bilirrubina sérica excede de 5,0 a 7,0 mg/dL	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
TRAUMA OBSTÉTRICO	Lesiones de los tejidos del recién nacido, que se produce durante el trabajo de parto, así como las maniobras necesarias para su atención. Traumatismos mecánicos o anóxicos, evitables o no, que sufre un niño durante la dilatación y el periodo expulsivo	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes Atendidas en HGOP No. 7 del IMSS, en Cancún Quintana Roo)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO	Se trata de un distress respiratorio que presenta el neonato que ha	Se revisaran los expedientes clínicos (De las embarazadas adolescentes)	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

aspirado líquido
amniótico
meconial

Atendidas en HGOP
No. 7 del IMSS, en
Cancún Quintana
Roo)

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

DESCRIPCION DE LA TÉCNICA

Se realizó una búsqueda de expedientes de pacientes que estuvieron hospitalizadas una vez que sea investigada la edad de esta, así como revisión de su expediente. Se llenó el cuestionario previamente diseñado (en anexo) que nos permitió conocer las complicaciones obstétricas y perinatales y resolución de su embarazo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza estadística descriptiva, se calcula frecuencias absolutas, porcentajes, promedio de las variables investigadas, con presentación en gráficos de barra y pastel.

Se codificarán las respuestas y se realizará la captura en el software estadístico SPSS. Concluida la captura, se limpiará la base de datos para eliminar posibles errores.

ANEXOS

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR

NOMBRE: _____

NSS _____

EDAD: _____ GESTA: _____

RESOLUCION EMBARAZO:

COMPLICACIONES OBSTETRICAS

ANEMIA
CERVICOVAGINITIS
BACTERIURIA ASINTOMATICA
INFECCIONES VIAS URINARIAS
AMENAZA DE ABORTO
EMBARAZO ECTOPICO
ABORTO EN EVOLUCION
EMBARAZO MOLAR
EMBARAZO MULTIPLE
RETRASO EN EL CREC. INTRAUTER.
HIPEREMESIS GRAVIDICA
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA
AMENAZA DE PARTO PREMATURO
MUERTE FETAL
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
DIABETES GESTACIONAL

COMPLICACIONES PERINATALES

MUERTE PERINATAL
ASFIXIA
DEPRESION NEONATAL
HIPOGLUCEMIA
MALFORMACIONES CONGENITAS
BAJO PESO AL NACER
PREMATUREZ
SEPSIS
ICTERICIA NEONATAL
TRAUMA OBSTETRICO
S.A.L.A.M

RESULTADOS:

Se incluyeron 501 casos.

Edad materna:

14 años (3 pacientes) 0,59 %,
15 años (9 pacientes) 1,79 %,
16 años (40 pacientes) 7,98 %,
17 años (70 pacientes) 13,97 %,
18 años (132 pacientes) 26,34 %,
19 años (180 pacientes) 35,92 %,
20 años (67 pacientes) 13,37 %.

Número de gesta:

Gesta 01 (349 primigesta) 69,66 %,
Gesta 02 (126 secundigesta) 25,14 %,
Gesta 03 (21 tercigesta) 4,19 %,
Gesta 04 (0 cuartigesta) 0 %,
Gesta 05 (1 quintigesta) 0,19 %

Vía de resolución del embarazo:

Partos (277 partos) 55,28 %,
Cesáreas (161 cesáreas) 32,13 %,
Abortos (63 abortos) 12,57 %.

Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron:

Infección de vías urinarias, anemia, cervicovaginitis, preeclampsia/eclampsia aborto en evolución.

Las Complicaciones Obstétricas:

Anemia (171) 34,13 %,

Cervicovaginitis (81) 16,16 %,

Bacteriuria asintomática (4) 0,79 %,

Infección de las vías urinarias (203) 40,51 %,

Amenaza de aborto (33) 5,58 %,

Embarazo ectópico (0) 0%,

Aborto en evolución (60) 11,97 %,

Embarazo Molar (2) 0,39 %,

Embarazo Múltiple (5) 0,99 %,

Retraso en el crecimiento intrauterino (4) 0,79 %,

Hiperémesis Gravídica (3) 0,59 %,

Preeclampsia-Eclampsia (62) 12,37 %,

Inserción baja de placenta (1) 0,19 %,

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (4) 0,79 %,

Amenaza de parto prematuro (41) 8,18 %,

Muerte Fetal (1) 0,19 %,

Ruptura prematura de membranas (43) 8,58 %,

Diabetes Gestacional (0) 0 %.

Las Complicaciones Perinatales más frecuentes fueron:

Bajo peso al nacer, Depresión neonatal.

Las Complicaciones Perinatales:

Muerte perinatal (0) 0%,

Asfixia (3) 0,59 %,

Depresión neonatal (26) 5,18%,

Hipoglicemia (0) 0 %,

Malformaciones congénitas (0) 0 %,

Bajo peso al nacer (43) 8,58 %,

Prematurez (4) 0,79 %,

Sepsis neonatal (1) 0,19 %,

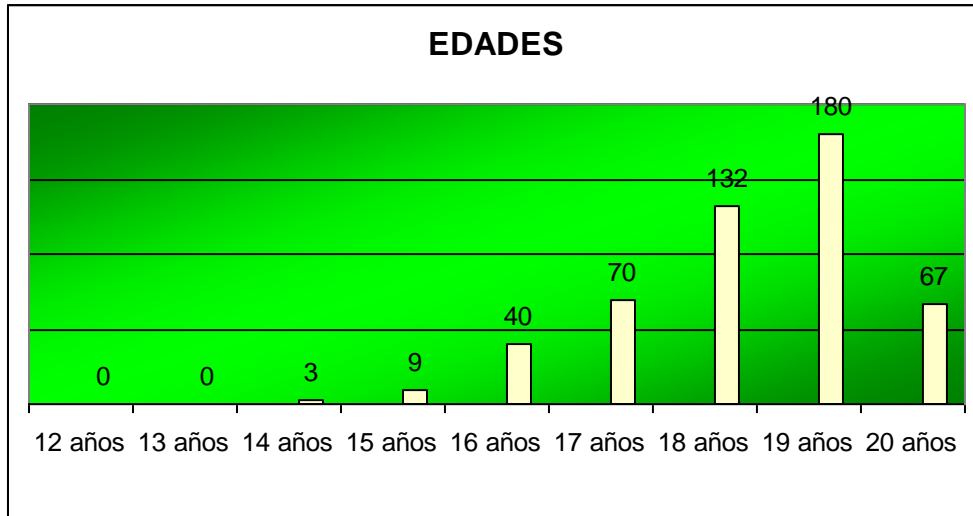
Ictericia neonatal (2) 0,39 %,

Trauma obstétrico (2) 0,39 %,

Síndrome de aspiración de líquido amniótico (0) 0 %

GRAFICAS DE RESULTADOS TOTALES

Gráfica 1



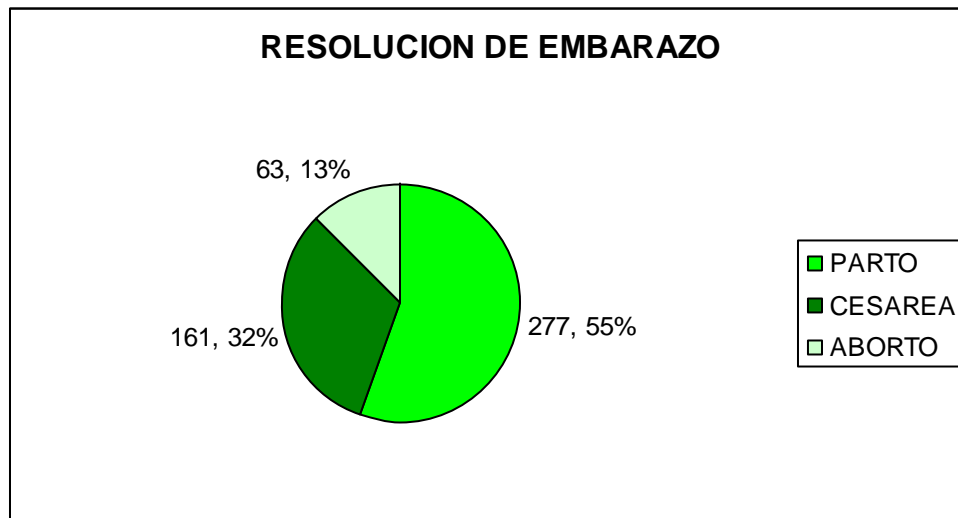
Edad de mujeres adolescentes embarazadas.

Gráfica 2



Número de gesta de mujeres adolescentes embarazadas.

Gráfica 3.



Vía de resolución del embarazo de mujeres adolescentes embarazadas.

Gráfica 4.



Complicaciones obstétricas más frecuentes de mujeres adolescentes embarazadas.

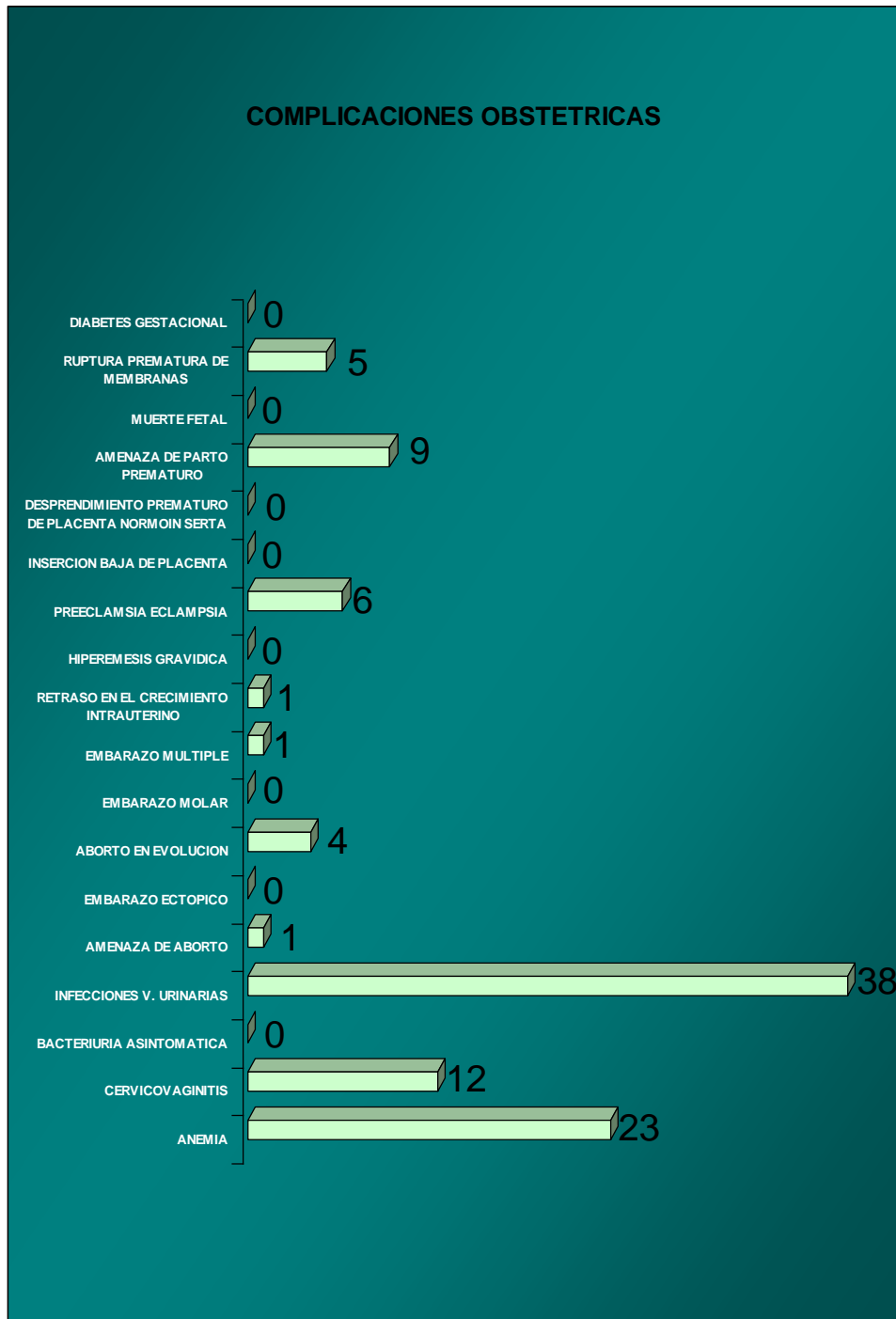
Gráfica 5.



Complicaciones perinatales más frecuentes de mujeres adolescentes embarazadas.

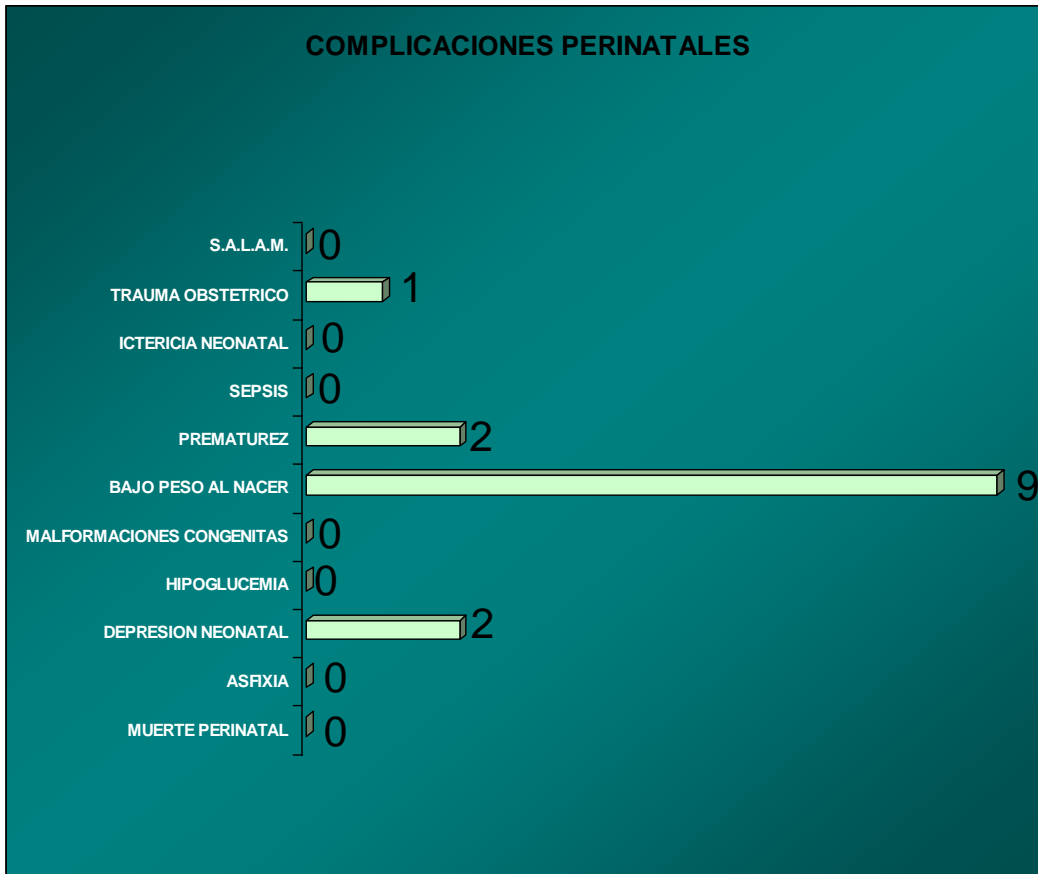
GRAFICAS DEL MES DE ENERO 2006

Gráfica 6.1



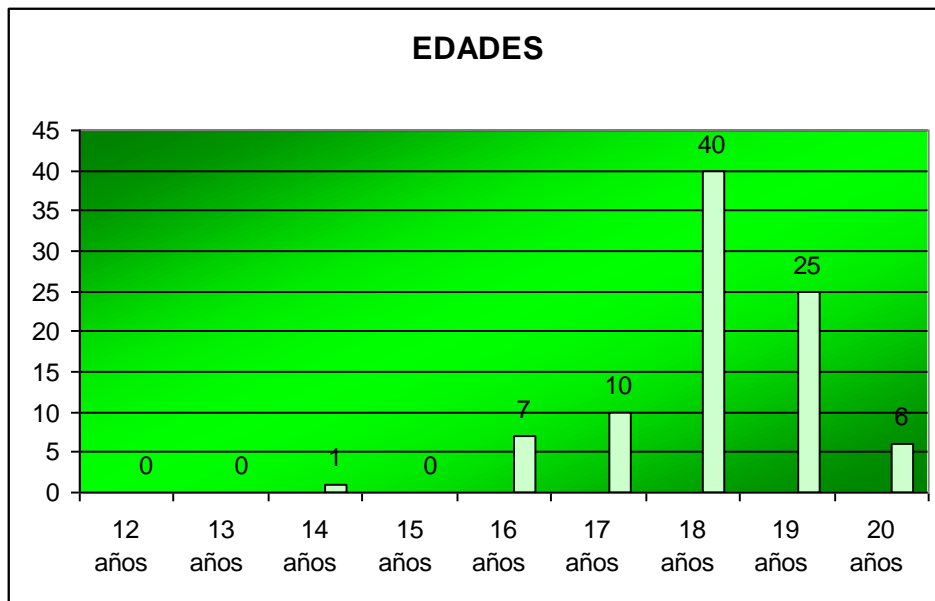
Complicaciones obstétricas adolescentes enero 2006

Gráfica 6.2



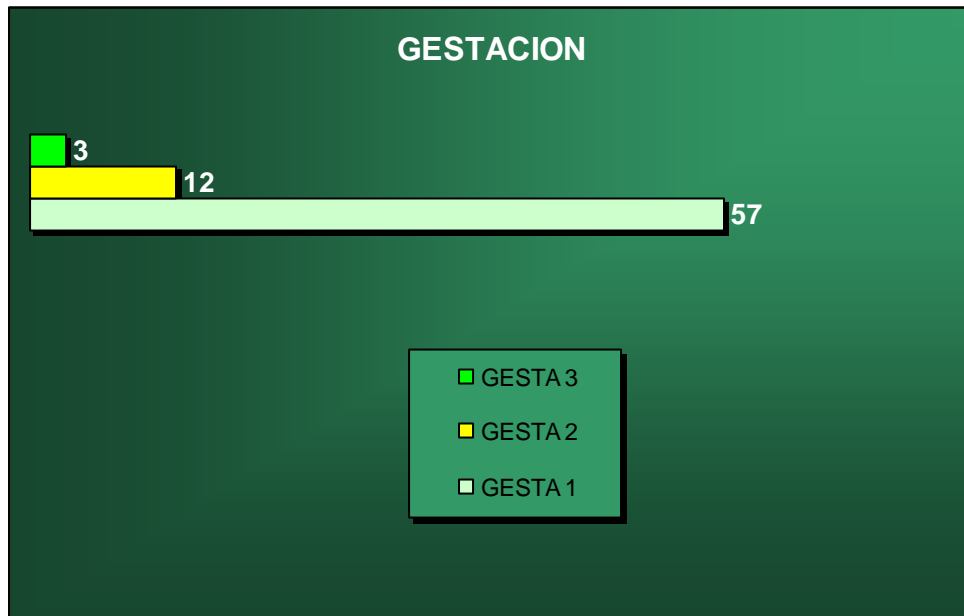
Complicaciones perinatales enero 2006

Gráfica 6.3



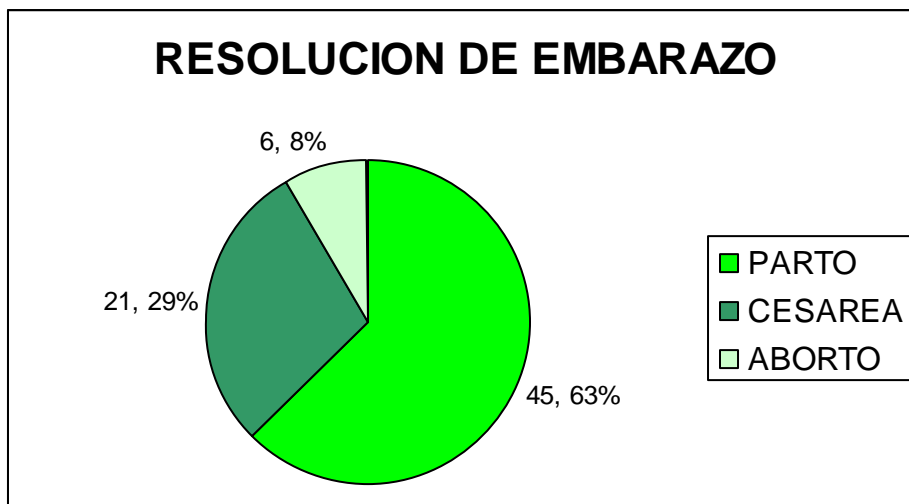
Edad de mujeres adolescentes embarazadas enero 2006

Gráfica 6.4



Número de gesta de adolescentes embarazadas enero 2006

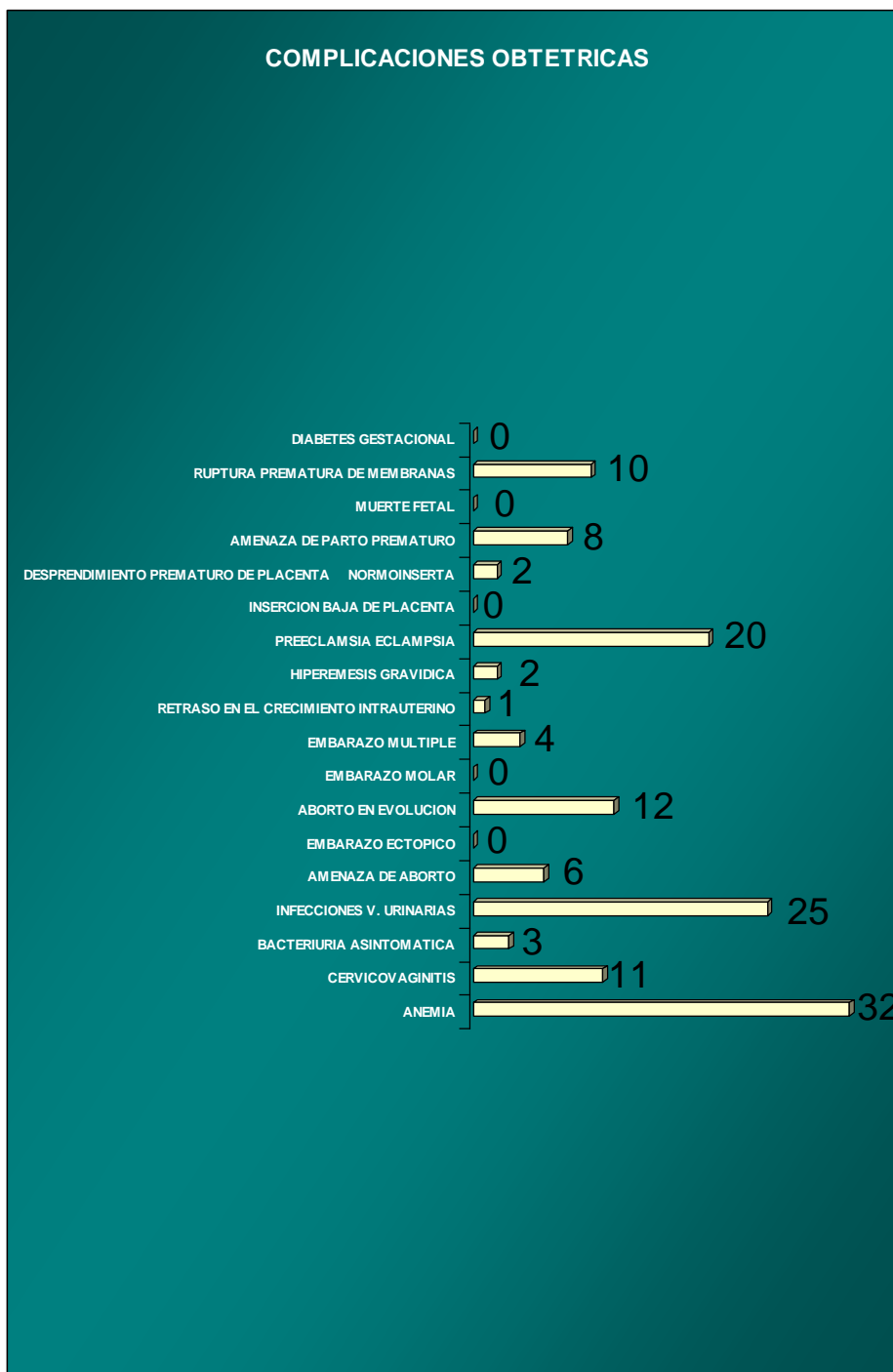
Gráfica 6.5



Vía de resolución del embarazo de adolescentes embarazadas en enero 2006.

GRAFICAS DEL MES DE FEBRERO 2006

Gráfica 7.1



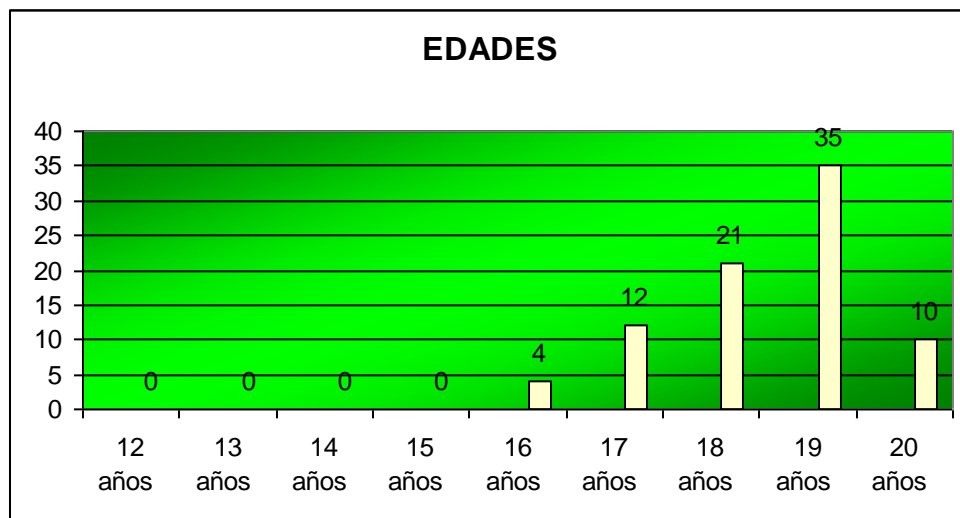
Complicaciones obstétricas adolescentes febrero 2006

Gráfica 7.2



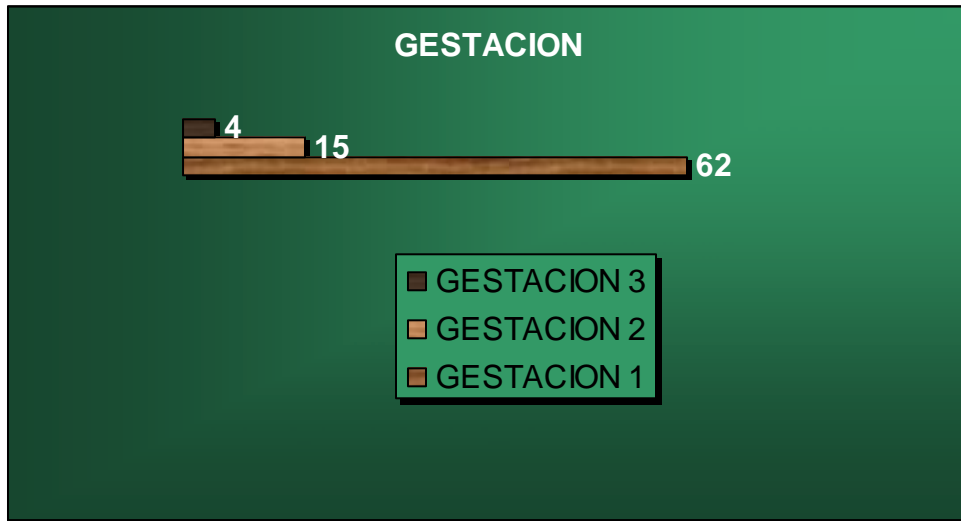
Complicaciones perinatales en adolescentes febrero 2006

Gráfica 7.3



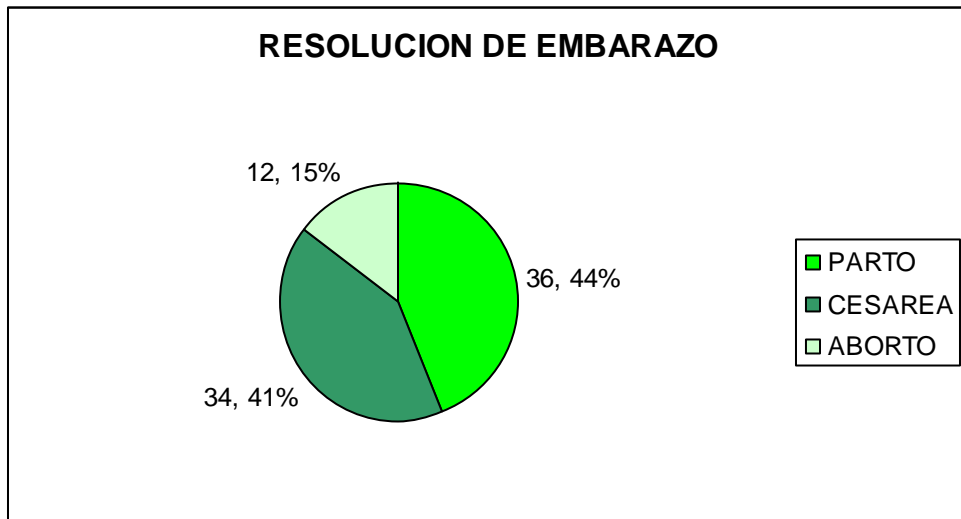
Edad de mujeres adolescentes embarazadas febrero 2006

Gráfica 7.4



Número de gesta de adolescentes embarazadas febrero 2006

Gráfica 7.5



Vía de resolución del embarazo de adolescentes embarazadas en febrero 2006

GRAFICAS DEL MES DE MARZO 2006

Gráfica 8.1



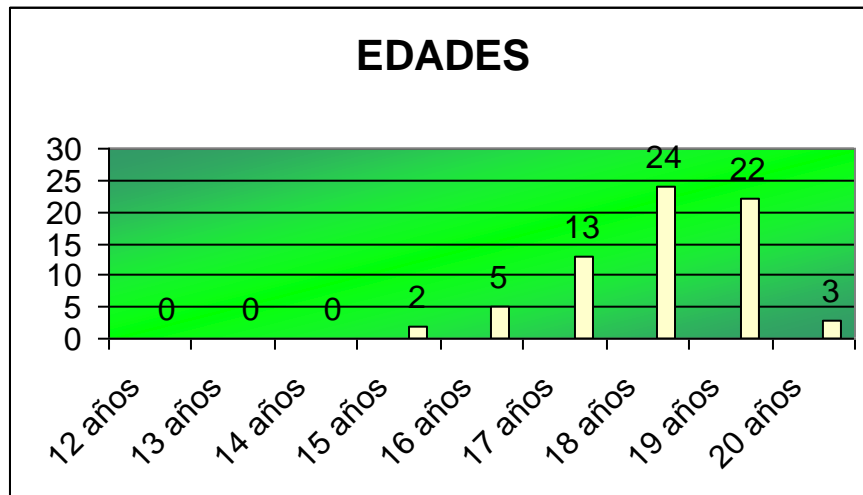
Complicaciones obstétricas adolescentes marzo 2006

Gráfica 8.2



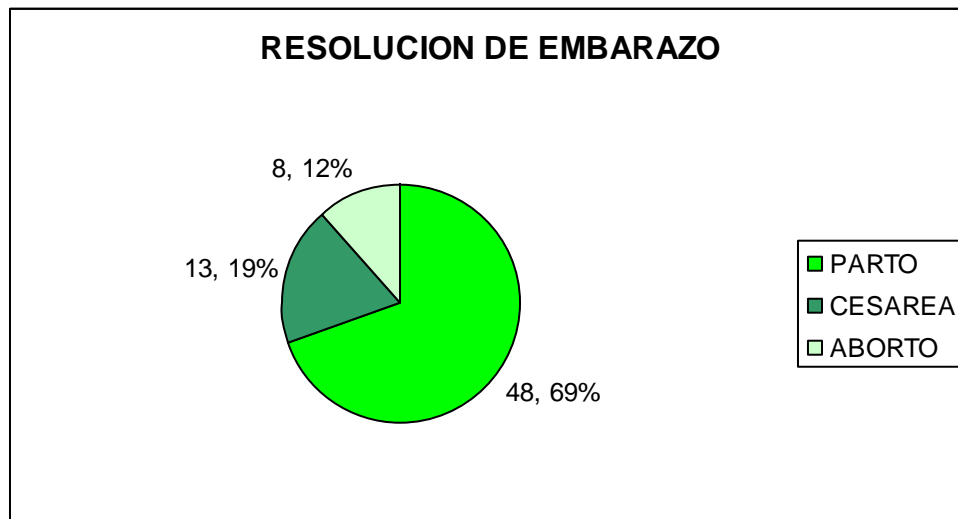
Complicaciones perinatales adolescentes marzo 2006

Gráfica 8.3



Edad de mujeres adolescentes embarazadas marzo 2006

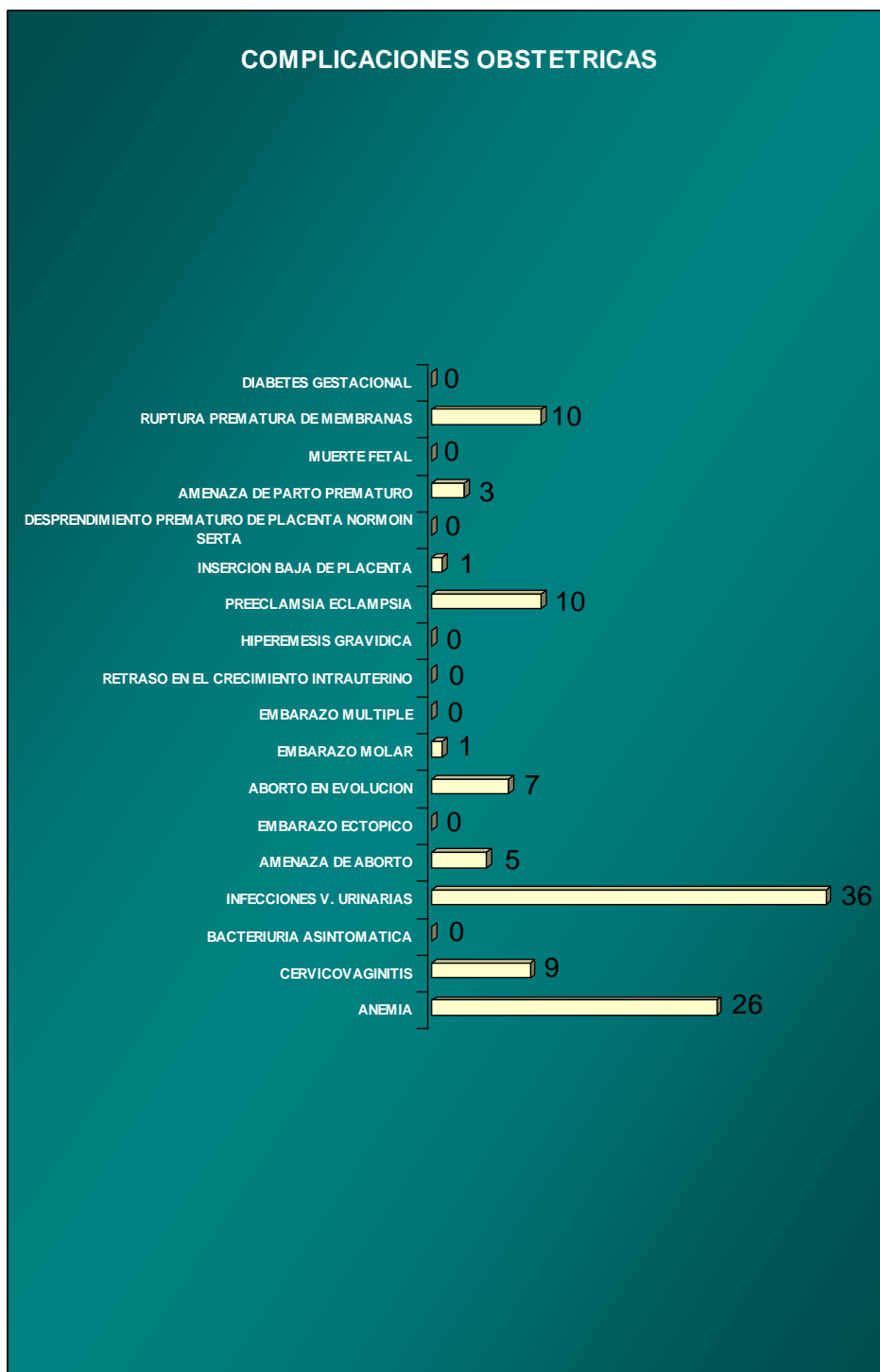
Gráfica 8.4



Vía de resolución del embarazo de adolescentes embarazadas en marzo 2006

GRAFICAS DEL MES DE ABRIL 2006

Gráfica 9.1



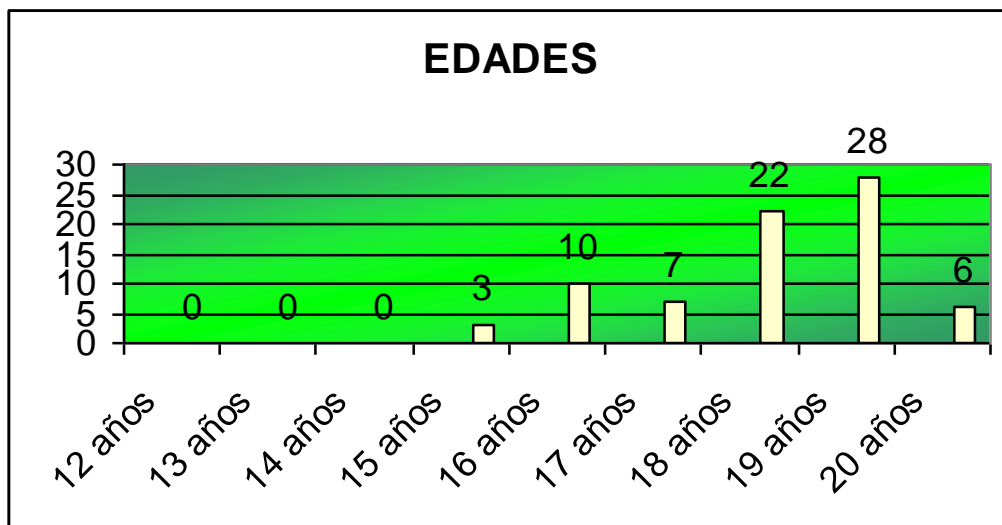
Complicaciones obstétricas adolescentes abril 2006

Gráfica 9.2



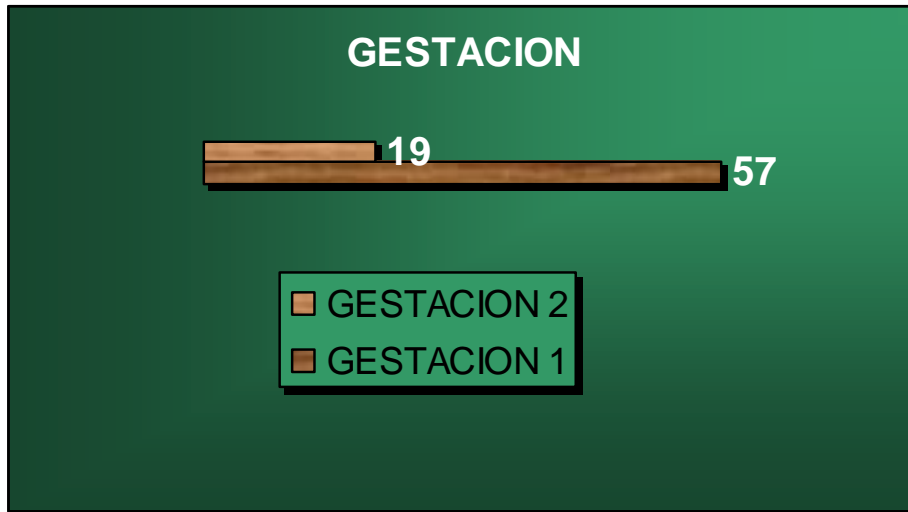
Complicaciones perinatales adolescentes abril 2006

Gráfica 9.3



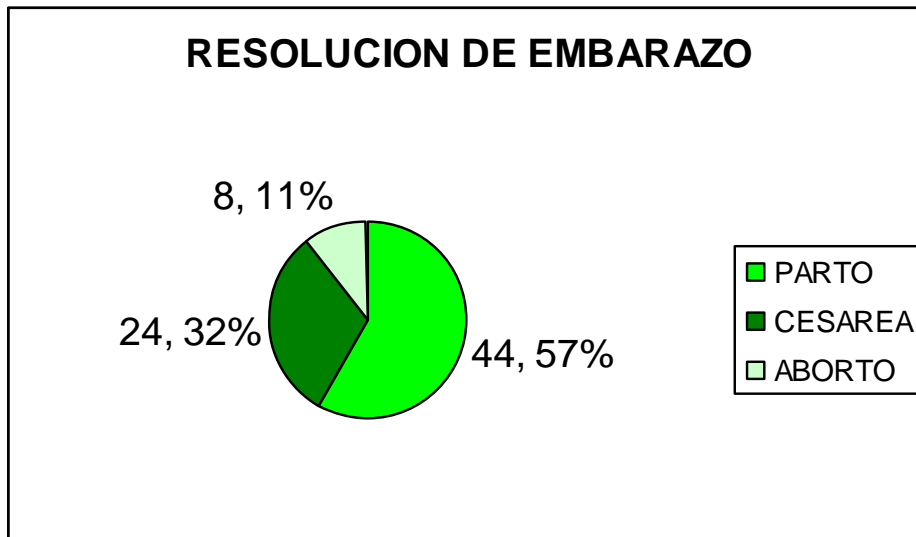
Edad de mujeres adolescentes embarazadas abril 2006

Gráfica 9.4



Número de gesta de adolescentes embarazadas abril 2006

Gráfica9.5



Vía de resolución del embarazo de adolescentes embarazadas en abril 2006

GRAFICAS DEL MES DE MAYO 2006

Gráfica 10.1



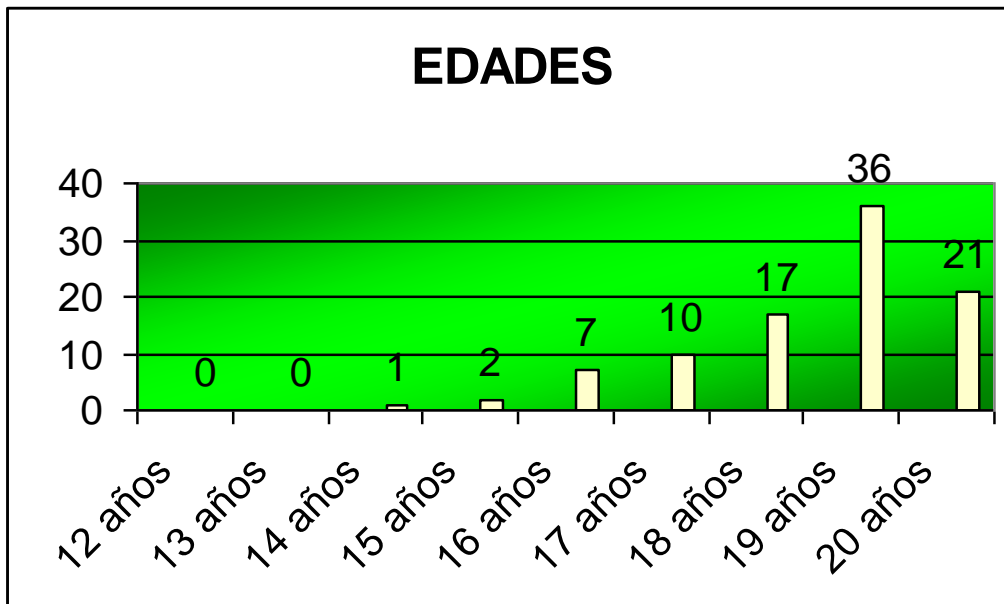
Complicaciones obstétricas adolescentes mayo 2006

Gráfica 10.2



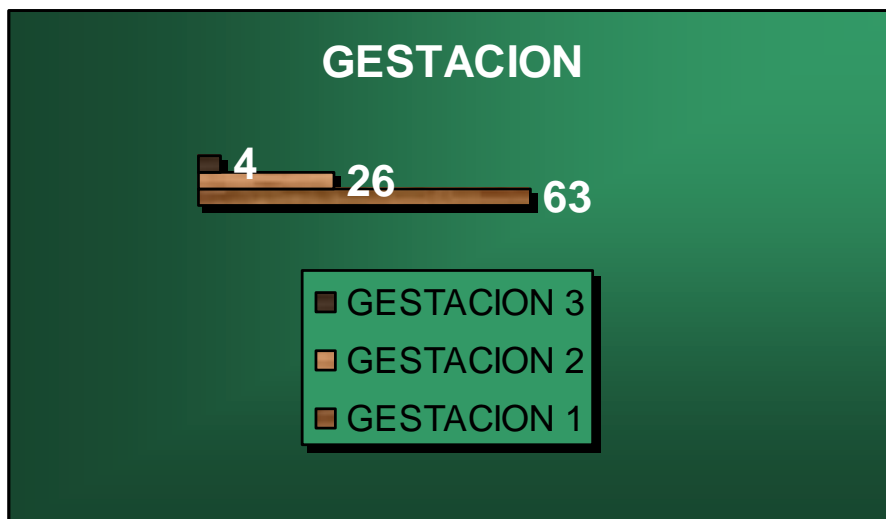
Complicaciones perinatales adolescentes mayo 2006

Gráfica 10.3



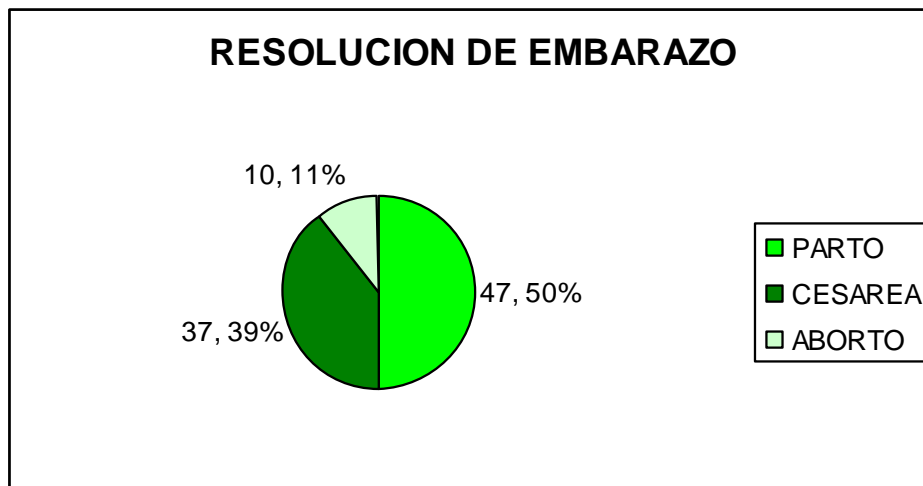
Edad de mujeres adolescentes embarazadas mayo 2006

Gráfica 10.4



Número de gesta de adolescentes embarazadas mayo 2006

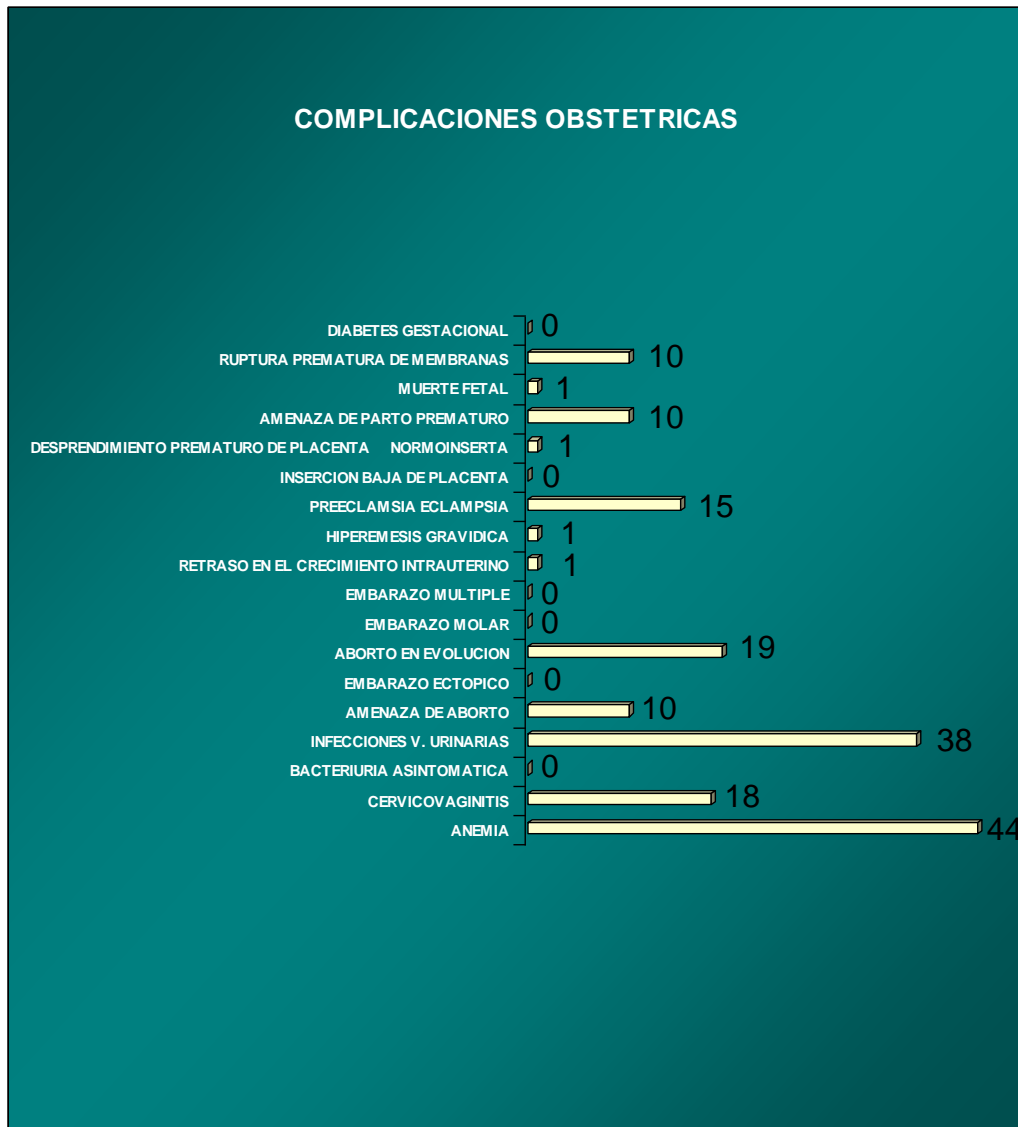
Gráfica 10.5



Vía de resolución del embarazo de adolescentes embarazadas en mayo 2006

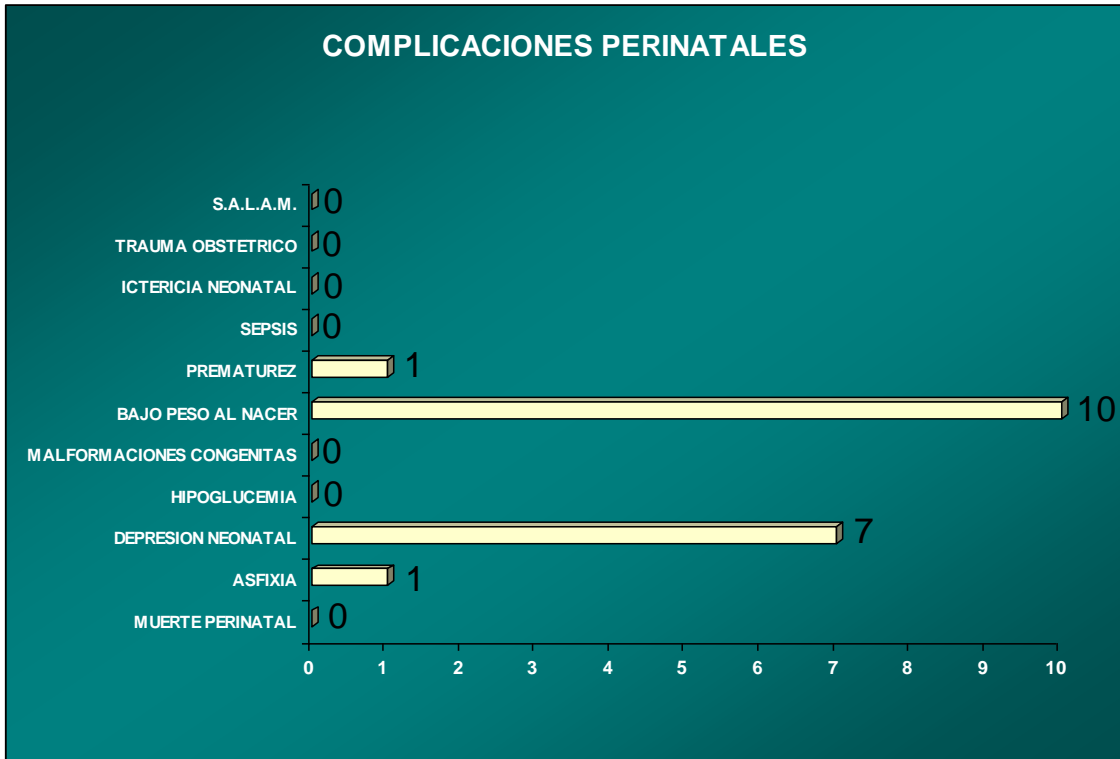
GRAFICAS DEL MES DE JUNIO 2006

Gráfica 11.1



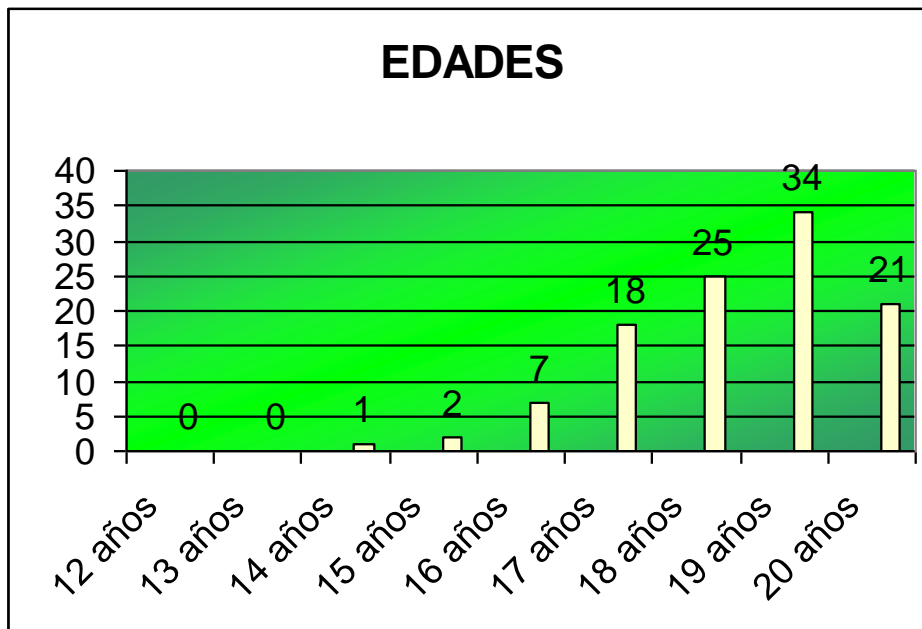
Complicaciones obstétricas adolescentes junio 2006

Gráfica 11.2



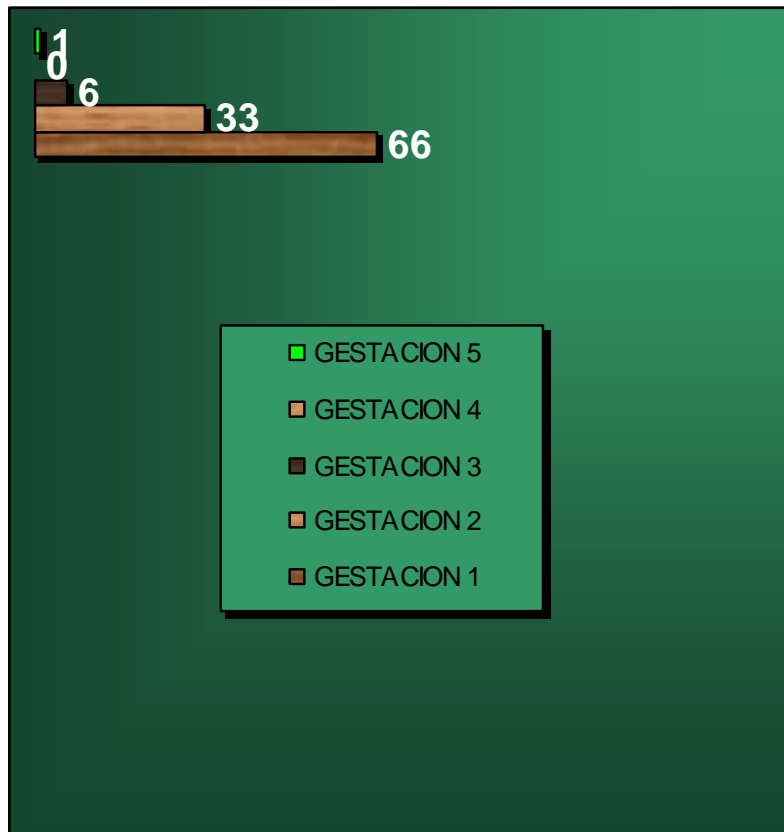
Complicaciones perinatales adolescentes junio 2006

Gráfica 11.3



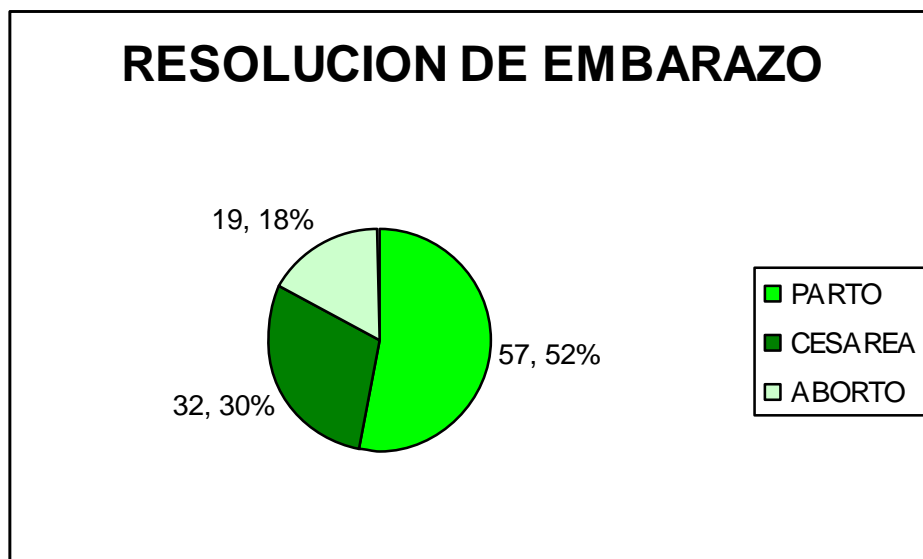
Edad de mujeres adolescentes embarazadas junio 2006

Gráfica 11.4



Número de gesta de adolescentes embarazadas junio 2006

Gráfica 11.5



Vía de resolución del embarazo de adolescentes embarazadas en junio 2006

DISCUSION

El embarazo en la mujer adolescente continúa siendo un reto para el sistema de salud y para la sociedad.

En este estudio observamos y llama la atención que la principal complicación obstétrica en el embarazo en la adolescente es la infección de vías urinarias en 40,51 %, que es complicación obstétrica menor y esta misma complicación es reportada en nuestro país en general en el embarazo en las adolescentes aunque con un porcentaje menor en un 23,51 %. Le sigue en nuestro estudio en segundo lugar la anemia con un porcentaje de 34,13 %, tercer lugar cervicovaginitis con 16,16 %, en cuarto lugar preeclampsia-eclampsia con 12,37 %, y en quinto lugar aborto en evolución con 11,97 %.

En México la anemia también se reporta como complicación obstétrica, aunque con un porcentaje menor de 17,9 %, como tercer lugar de complicación la ruptura prematura de membranas y la amenaza de parto pretérmino con un 20.2 %. (29)

En algunos países de América latina la primera causa de complicación obstétrica del embarazo en la adolescente es la anemia con un 33,3 % seguida de amenaza de parto pretérmino con 14,3 %. (28)

La principal complicación perinatal en el embarazo en la adolescente en nuestro estudio es el bajo peso al nacer con 8,58 %, también se reporta en nuestro país México en primer, solo que con un porcentaje más elevado del lugar 10–12 %. Segundo lugar en nuestro estudio se reporta con porcentaje 5,18 %, tercer lugar la prematurez con 0,79 %, cuarto lugar asfixia con un porcentaje 0,59 % y quinto lugar trauma obstétrico e ictericia neonatal con 0,39 %. La depresión neonatal se reportan en algunos países de América latina con porcentaje más bajo 4.5 %. En cuba se manifestó complicaciones como bajo peso al nacer en 6.8 % y la depresión al nacer 4.5%. (8)

Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces mayor posibilidad de tener complicaciones perinatales y neonatales.

La edad materna se presentó en las embarazadas adolescentes principalmente de 19 años con un porcentaje de 35,92 %, seguido de embarazadas adolescentes de 18 años con un 26,34 % y de 20 años con 13,37 %.

El número de gestas en la embarazada adolescente se presenta en nuestro estudio en primer lugar las primigestas con un 69,66 %, seguida de las secundigestas con 25,14 % y las tercigestas con 4,19 %.

La vía de resolución del embarazo en la embarazada adolescente se presenta en este estudio en primer lugar los partos con 55,28 %, seguido de las cesáreas con 32,13 % y el aborto con 12,57 %.

CONCLUSION

Se conoce y determina cual es la frecuencia de las complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia y Pediatría no 7 de Cancún Q. Roo Del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el periodo del 01 de enero del 2006 al 30 de junio del 2006. Se sabe la frecuencia de adolescentes embarazadas y se identifico la vía de resolución del embarazo en mujeres adolescentes.

En el embarazo en la adolescente las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron las infecciones de vías urinarias en un 40,51 %, la anemia en un 34,13 %, la cervicovaginitis en un 16,16 %, seguida de la preeclampsia-eclampsia en un 12,37 % y aborto en evolución en un 11,97 %.

Las complicaciones perinatales en el embarazo en la adolescente las más frecuentes fue el bajo peso al nacer con un 8,58 %, seguida de la depresión neonatal con un 5,18 %, y la prematurez con un 0,79 %, la asfixia con un 0,59 %, la ictericia neonatal con un 0,39 %, y el trauma obstétrico con un 0,39 %.

La edad de la embarazada adolescente que se presento con mayor porcentaje fue de 19 años con un 35,92 %, seguida la de 18 años con 26,34 % y la de 20 años con 13,37 %.

El numero de gestas en la embarazada adolescente se presento la gesta 01 con 69,66 %, seguida de la gesta 02 con 25,14 % y la gesta 03 con 4,19 %.

La vía de resolución del embarazo en la embarazada adolescente el primer lugar fue el parto con 55,28 %, seguido de la cesárea con 32,13 % y los abortos con 12,57 %.

Con estos resultados podemos decir que la adolescente embarazada tiene mayor morbilidad biológica que la población en general, condicionada principalmente por

infección en vías urinarias y que cursa con mayor incidencia de anemia, cervicovaginitis y preeclampsia-eclampsia y también presenta complicaciones perinatales con alto porcentaje como son el bajo peso al nacer, la depresión neonatal y la prematuridad.

Las adolescentes embarazadas tienen mayor morbilidad biológica que la población en general,

Estos resultados coinciden con lo publicado (12, 20, 27, 28,29). Aunque en muchos casos supera la incidencia de problemas, probablemente por ser un hospital de concentración, y la paciente adolescente embarazada debe ser vista y tratada por un equipo multidisciplinario haciendo énfasis especial en la prevención y/o tratamiento de los problemas encontrados en este trabajo.

El Médico Familiar deberá tomar la responsabilidad de Trabajar con los jóvenes en: mejorar la propia identidad y autoestima, valorando su libertad y capacidad de decisión y desarrollando el respeto por el don de la vida.

Servicios de salud sexual y reproductividad a su alcance.

El Médico Familiar tiene un rol importante con la adolescente embarazada y su control prenatal y anticoncepción.

BIBLIOGRAFIA

- (1). Sánchez-Guerrero O. Para entender la conducta sexual de los adolescentes. *Acta Ped Mex* 2002; 23 (4): 207-209.
- (2). Núñez-Rivas H, Elizondo-Ureña A, Monge-Rojas R, Rojas A, Gríos-Dávila C, Garita C. Características reproductivas de adolescentes costarricenses de área urbana marginal. *Bol Hosp Infant Mex* 2002; 59 (10): 633-644.
- (3). Rosselot J. Adolescencia: problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe. *Pediatría* 2ed. Menehello: Inter-médica 1993:
- (4). Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. *Embarazo en Adolescentes Diagnóstico*, 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.
- (5). Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 1986.
- (6). Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay:Universidad de Asunción, 1992.
- (7). Belitzky R. et al. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington: OPS, 1985:221-72. (Publicación Científica;489).
- (8). Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. *La salud del adolescente en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla, 1988:195-231.
- (9). Elster AB, Lamb ME. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. *JAMA* 1987;258:1187-92.
- (10). Stern, Claudio, "El embarazo en la adolescencia" en *Salud Pública de México*, México, v 39, núm. 2, marzo-abril, 1997. 20 PRB, La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América latina y el Caribe.
- (11). Jacobo YD, Herrera CM, Cota CF, Núñez MM, Guzmán OR. Salud sexual y reproductiva en adolescentes del área rural. Eficacia de la capacitación. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (2); 137-142.
- (12). Gail BS, Lot L, Huang B, Daniyam CA, Zink TM, Succop PA. Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: Cross sectional survey of secondary school students. *BMJ* 2003; 326 (7379): 15.

- (13). Gordon CS, Smith PJP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323 (7311): 476.
- (14). Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. *Salud Familiar*. 1ª edición. Division Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
- (15). Coates V. Transformaciones en la familia durante la adolescencia de los hijos. *Adolescencia Latinoamericana*. Abril/Junio 1997; 1(1): 40-46.
- (16). Smilkstein G. The Family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-1239.
- (17). Rodriguez E, Gea A, Gomez M, Garcia J. APGAR questionnaire in the study of family function *Ate Primaria* 1996; 17(5): 338-341.
- (18). Boyle M, Pickles A. Maternal depressive symptoms and ratings of emotional disorder symptoms in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(8): 981-992.
- (19). Ahued Ahued, José Roberto; Lira Plascencia, Josefina; Simón Pereira, Luis Assa. La adolescente embarazada: un problema de salud pública *69(6):300-305, nov.-dic. 2001. Tab.*
- (20). IPPF. "Embarazo en Adolescentes en América Latina y el Caribe" 356. Octubre: 1988.
- (21). Singh S, Wulf D. *Adolescentes de hoy, padres de mañana*. New York: Alan Guttmacher Institute, 1990.
- (22). Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" ? *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, Nº 4, 1997 ? Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- (23). García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjón Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - *Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca* ? *Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva* Nº 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 ? Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

- (24). Molina R.: "Adolescencia y embarazo"? Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992? Publicac. Técnicas MEDITERRANEO? Santiago de Chile.
- (25). Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000? EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
- (26). Revista CONAMED 2004: 9(1): 12-18- Embarazo no deseado en adolescentes y utilizacion de metodos anticonceptivos posparto. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanas. Granados Cosme JA, Ortiz Hernandez L.
- (27). Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial "Ana Betancourt de Mora", Camagüey Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2): Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones... Dr. Sigfrido Valdés Dacal,¹ Dr. John Essien,² Dra. Jessica Bardales Mitac,³ Dra. Daymi Saavedra Moredo² y Dra. Edith Bardales Mitac⁴
- (28). Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. 3ª ed. México: Marketing y. Publicidad de México, 2002.
Ahued AJR, Lira PJ, Simon PLA. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. Cir Ciruj 2001;69:300-3.
- (29). Villaseca P. La embarazada y la madre adolescente: aspectos biomédicos. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Santiago de Chile: Consejo de Educación de Adultos en américa latina, 1989.
- (30). Castro Santoro R, et al. Preeclampsia pura en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod 1989;2/2(3-8):
- (31). Wallemburg HC. Prevention of hipertensive disease of pregnancy Clin Exp Hypertens B7:121-37.
- (32). Boletín médico del Hospital Infantil de México Versión impresa ISSN 1665-1146 Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.61 n.1 México feb. 2004.
Bol Méd Hosp Infant Méx 2004; Vol. 61(1):73-86
Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro.
Dra. Nora Inés Velázquez Quintana, Dr. José Luis Masud Yunes Zárraga ,
Dr. Ricardo Ávila Reyes

(33). La Infancia Cuenta en México 2006. Edición: Red por los Derechos de la Infancia en México. Autores: Nashieli Ramírez Hernández y Georgina García Vilchis
Primera edición 2006. ISBN 968-9202-01-4