



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**  
**SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**TITULO**

# **EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y SU RIESGO PERINATAL**

**INCIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
1RO ENERO - 31 DICIEMBRE 1998**

**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO  
DE ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:  
DR. OLIVER REYES AVILA**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO:  
DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS**

**ASESOR:  
DR. LUIS EDMUNDO HERNANDEZ VIVAR**

**MEXICO D.F. 2008**



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.

**DR. LUIS DELGADO REYES**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**

**DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS**  
**JEFE DE DIVISION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

**DR. LUIS EDMUNDO HERNANDEZ VIVAR**  
**PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO Y ASESOR**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**  
**SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**TITULO**

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y  
SU RIESGO PERINATAL**

**INCIDENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
1RO ENERO - 31 DICIEMBRE 1998**

**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO  
DE ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:  
DR. OLIVER REYES AVILA**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO:  
DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS**

**ASESOR:  
DR. LUIS EDMUNDO HERNANDEZ VIVAR**

**MEXICO D.F. 2008**



**TITULO**

**“EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE Y SU  
RIESGO PERINATAL”**

**INCIDENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
1RO ENERO – 31 DICIEMBRE 1998**

## DEDICATORIAS

### **A Dios:**

Por permitirme estar en esta vida y  
Conocer su maravillosa creación, por  
Darnos fe, confianza, salud e  
Inteligencia, para vencer los obstáculos  
Que se presentaron en el transcurso de mí  
Formación como profesionalista

**A todos mis maestros;  
Por sus sabias enseñanzas que  
Que compartieron conmigo, guiándome por  
El camino de la verdad, para ver hoy  
Cristalizados mis anhelos.**

### **A mi asesor:**

Dr. Luis Edmundo Hernández Vivar  
Por su enorme paciencia, apoyo y  
Dedicación que me brindó para la  
Realización de este trabajo de tesis.

**A mis compañeros de residencia:**

Que estuvimos juntos en nuestra formación  
Y que siempre, el animo estuvo ahí, cual momentos  
Difíciles se presentaron, pudimos llegar a la cima del  
Éxito profesional

**A mis padres:**

Por su gran amor, apoyo y comprensión  
Decidido para que me realizara como  
Profesionista.

**A mis hijas:**

Karla lisseth e Idhais  
Siempre con su amor incondicional  
Las quiero mucho

**A mi hijo:**

Quien dios lo tenga en su lecho  
Gozando de paz a su lado, por que  
Sus pocas horas a mi lado, suficientes fueron  
Para valorar lo hermoso que es ser padre.

**A mis hermanos:**

Por su apoyo siempre a su manera  
Su amor, y ánimo para escalar  
Un peldaño más en mi vida

**A mi abuela luisa:**

Dios tenga en su gloria

Por que siempre creyó en mí

Cuando le decía que yo quería

Ser medico



## **INDICE**

- 1.- Objetivo
- 2.- Introducción
- 3.- Antecedentes históricos
- 4.- Incidencia
- 5.- Justificación
- 6.- Planteamiento del problema
- 7.- Especificación de variable
- 8.- Operacionalización de variables
- 9.- Hipótesis
- 10.- Material y métodos
- 11.- Universo de trabajo
- 12.- Criterios de Inclusión
- 13.- Criterios de no inclusión
- 14.- Criterios de eliminación o exclusión
- 15.- Determinación del tamaño de la muestra
- 16.- Resultados
- 17.- Análisis
- 18.- Conclusiones
- 19.- Comentarios
- 20.- Bibliografía

## **1.- OBJETIVOS**

1. - Conocer la incidencia de embarazo en las mujeres menores de 19 años de edad, que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México S.S.A.
2. Conocer su riesgo perinatal, así como sus complicaciones Pre, Trans, y Post-parto
3. Conocer la resolución de su embarazo, vía de resolución, parto eúctico, distócico, así como cesárea, indicación absoluto o relativa.
4. Conocer la morbilidad y la mortalidad materno-fetal en mujeres embarazadas adolescentes
5. Comparación del o de los productos en un grupo de 12 a 15 años y de 16 a 18 años
6. Clasificar las patologías asociadas o adquiridas durante su embarazo o puerperio inmediato.

## 2.- INTRODUCCION

La adolescencia es un período de cambios físicos, psicosociales y cognoscitivos. Cada adolescente es diferente, único e irreplicable, pero con ciertos patrones que distinguen a los individuos de su grupo de edad. La adolescente no es una niña mayor ni tampoco un adulto joven: es una mujer que atraviesa por una de sus etapas de transición: la adolescencia. En esta etapa de la vida, el médico tiene participación decisiva como informador y orientador de la adolescente y de sus padres. Su información contribuye a que el cambio sea más fácil, con mejor conocimiento de las influencias del medio que la rodea y de las personas con quien se relaciona.

La federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia considera que el médico ginecoobstetra está obligado a atender, en forma integral, a la adolescente que acude a su consultorio en busca de asesoría y orientación respecto de la anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, aborto, etc.

### MARCO DE REFERENCIA

La República Mexicana tiene más de 105 millones de habitantes y, desde la perspectiva demográfica, se ha alcanzado el mayor número de adolescentes y jóvenes en la historia del país, lo que se conoce como bono demográfico. El grupo de población de 10 a 19 años estimado para el año 2005 fue de 22, 138,688 individuos; de ellos: 10, 889,889 eran mujeres.

Los adolescentes tienen necesidades de salud sexual y reproductiva relacionadas con el propio ejercicio de la sexualidad y protección contra las infecciones de transmisión sexual, de regulación de la fecundidad y del embarazo. Las adolescentes requieren atención de los problemas médicos relacionados con la menarca y las alteraciones hormonales, el desarrollo y el crecimiento de los órganos sexuales y reproductivos, y los vinculados con sus componentes psico-emocionales y las conductas de riesgo, que son causa de adicciones y accidentes, incluido el suicidio.

Algunos de los aspectos que generalmente se estudian en relación con el inicio de la actividad sexual en las adolescentes son: el embarazo, la maternidad y la paternidad, mismos que se traducen en pautas reproductivas que se reflejan en una problemática sociodemográfica.

Gracias a diferentes estudios nacionales e internacionales ahora es posible saber, que desde el punto de vista biológico, el comienzo de la pubertad es más temprano que hace 50 años. Ahora las adolescentes alcanzan su desarrollo sexual, ovulación y capacidad reproductiva a menor edad: el descenso es de casi un año en la edad al momento de la menarca.

Existen suficientes estudios que demuestran que en México la edad de la menarca es, en promedio, 12.4 años y la de la primera eyaculación 14 años. La edad promedio de inicio de la vida sexual activa de los hombres es de 16 años y 17 años en las mujeres. Se estima que en las áreas urbanas aproximadamente 32.7% de los adolescentes han tenido, por lo menos una vez, contacto sexual.

Al igual que los señalados en estudios internacionales de mujeres que inician vida sexual activa, alrededor de 18.4% se embarazan, y 20.4% de los hombres ha embarazado a una mujer; La edad promedio al momento del primer embarazo es de 17.8 años, embarazadas por hombres de 18.7 años.

El 57.3 % de las adolescentes que se embarazan declaran no haberlo deseado y 66.1% de los hombres no haber querido embarazarse. Esta circunstancia influyó para que 48.1% de las mujeres y 82.4 % de los hombres se unieran.

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de que sus hijas comiencen a tener relaciones sexuales a edad temprana y que queden embarazadas cuando sean adolescentes. En el año 2000, uno de cada cinco nacimientos (17%) correspondió a una madre adolescente, lo que se tradujo en 366,000 nacimientos al año. En el año 2005 hubo aproximadamente, 247,688 nacimientos. Es obvia la importancia de la educación para la salud y la promoción de las conductas saludables por parte de los médicos gineco-obstetras, en cualquier momento de su intervención con estas pacientes.

Por lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos, 33 a 35 % declararon haber recurrido a alguno de ellos en la primera relación sexual. Los métodos más comunes fueron el ritmo y el coito interrumpido.

El 17% de las pacientes adolescentes hospitalizadas declaró haber tenido, al menos. Un aborto, incluido el resultado del embarazo actual. En los hospitales urbanos la proporción de jóvenes solteras es mayor que en los hospitales rurales.

Hay estudios que señalan diferencias entre las declaraciones de mujeres y de hombres en relación con el aborto. La diferencia en la frecuencia de éstos puede deberse a que las mujeres, por temor o vergüenza, niegan haber tenido algún aborto, y los hombres, por no estar involucrados de manera tan directamente, no ocultan este tipo de información. Es interesante saber que en 3.6% de los casos los hombres desconocen si el embarazo llegó a término.

La actividad sexual debe considerarse un indicador de riesgo psicosocial pues entre las adolescentes y jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con uso de métodos anticonceptivos poco afectivos, consumo de tabaco, de alcohol y otras sustancias. Si bien los aspectos biológicos son responsables de los patrones de riesgo reproductivos señalados, son los factores socioculturales y económicos los que determinarán, en gran parte, la magnitud de los riesgos.

Estos determinantes sociales, incluido el rechazo social y la negación del embarazo, se relacionan con la asistencia prenatal de inicio tardío y deficiente, hecho que implica el mayor riesgo. Las adolescentes, las solteras, las nulíparas y las mujeres con baja

escolaridad tienen mayores dificultades para reconocer las anomalías de la evolución del parto.

Las adolescentes y jóvenes son un grupo muy vulnerable a la violencia doméstica y sexual. Si bien no se ha estudiado de manera suficiente la naturaleza social de la violación, en diversas investigaciones se reconoce la influencia de factores socioculturales que propician las agresiones sexuales. Las culturas con un sistema de denominación de género con tribuyen a la desigualdad social y sexual de las mujeres y las menores de edad, haciéndolas más vulnerables a la victimización sexual

## ADOLESCENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad, y la juventud entre los 15 y 24 años. Así, al período de los 10 a 14 años se denomina pre-adolescencia, de los 14 a 18 años adolescencia media y de los 19 a 24 años adolescencia tardía.

Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los adolescentes suele ser totalmente asincrónico y con frecuencias períodos de regresión.

En todas las edades puede hablarse de evolución y cambio, pero en la adolescencia la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores, debidos en gran medida a la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos que marcarán una ruptura definitiva con la infancia. A menudo, el espejo les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, lo que exige a las adolescentes readaptaciones continuas.

## CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Crecimiento y maduración somática

- Talla y desarrollo somático
- Desequilibrios nutricionales
- Aceptación del propio cuerpo
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto o formal

## SEXUALIDAD

- Inicio de relaciones sexuales
- Identidad sexual
- Conductas saludables y de riesgo
- Prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no planeado o no deseado

## CAMBIOS PSICOSOCIALES

### La imagen y el cuerpo

- Rupturas, sensación de pérdida
- Conciencia de sensaciones eróticas

### Lucha entre la dependencia y la independencia

- Necesidad de intimidad
- Necesidades de independencia \_nostalgia de la dependencia
- Enfrentamiento con los adultos

### Integración al grupo de amigos

- Nuevas sensaciones
- Importancia del grupo
- Predomina el contacto con el grupo de iguales

### Desarrollo de la identidad

- Exploración de las nuevas capacidades
- Objetivos idealizados
- Enfrentamiento a la autoridad
- Actividades EN SOLEDAD
- Impulsividad
- Intensidad de sentimientos
- Autoestima-asertividad
- Exposición al riesgo
- Suicidio

## RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo y la crianza de un hijo durante la adolescencia entrañan un riesgo médico mayor para la madre y el hijo, además de desventajas sociales y académicas más duraderas para la madre, el padre y el hijo. En un estudio realizado con adolescentes embarazadas se observó que en éstas el incremento promedio de peso es de 5 Kg. menor que en las adultas, y las 20 semanas posparto 5 Kg. menos que antes de embarazarse.

Las madres menores de 15 años de edad tiene mayor peligro de complicaciones durante el embarazo ( hipertensión del embarazo , infecciones urinarias y vaginales , hemorragias posparto dos veces más alta para madres de 13 a 15 años ) que entre los 20 a 29 años. Las menores de 15 años de edad tiene mayor riesgo ( que las de 20 a 29 años ) de sufrir rupturas prematuras de membranas , parto pretérmino , requerir cesárea o uso de fórceps , tener hijos de bajo peso y complicaciones posparto.

La mortalidad de mujeres jóvenes (15 a 19 años de edad) asociada con el embarazo, parto y puerperio representó, en el año 2005, 5.3% de las defunciones. En 1997, 34.6% de las muertes maternas correspondieron al grupo de 10 a 24 años, de las que 12.7% fueron adolescentes de entre 10 a 19 años. La mortalidad materna es una variable influida por diversos factores de tipo biomédico, como la edad de la madre; por tanto, el riesgo de morir de este grupo de edad es mayor, comparado con el resto de los grupos. Por esto es aconsejable que esta población no se exponga a la maternidad en condiciones riesgosas.

### Violencia sexual a las adolescentes

Es una situación que demanda, de parte del ginecoobstetra, conocimiento preciso de los elementos involucrados que permitan establecer programas preventivos, de limitación del daño y la rehabilitación de las adolescentes víctimas de violencia sexual. Esta puede producir un trauma emocional, embarazos no deseados, lesiones físicas, infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA y la muerte

Los estudios al respecto realizados en México coinciden con los datos internacionales que señalan que más del 50% de los casos de violación son en adolescentes, 27.7 en menores de 15 años o 49.9 % en menores de 20 años de edad.

Una de las consecuencias de la agresión sexual es el embarazo, que puede ser posible en 13 a 20% de tales agresiones. La probabilidad de infección por transmisión sexual en los adolescentes es de 21.2% con *Gardnerella vaginalis* y en adultas por *Trichomonas vaginalis*. De las adolescentes que se embarazaron, 54.1 % expresó su deseo de abortar y 43.2% de tener su hijo. De quienes llevaron a término el embarazo, 6% manifestaron que darían al niño en adopción. Por esto y por más razones, las víctimas de abuso sexual deben recibir atención médica y psicológica inmediata, de acuerdo con los protocolos y normas internacionales de atención médica para este grupo de pacientes.

### SERVICIOS INTEGRALES DE ATENCION A ADOLESCENTES

Puesto que las condiciones de salud, y en particular el embarazo de las adolescentes, constituyen un problema médico, psicosocial, educativo y económico, los servicios de los ginecoobstetras deben ser integrales. Ello implica que estos médicos den prioridad a la prevención del embarazo a través de la difusión de la educación sexual, la preparación para la maternidad y la información acerca de los medios para el control de la fecundidad.

Es necesario que durante cualquier consulta con adolescentes se aproveche de la ocasión para hablarles acerca de sus órganos sexuales y reproductivos, el ciclo menstrual, la fecundación, la sexualidad y la anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia).

El médico deberá insistir en los riesgos que implican las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo a edad temprana, en la conveniencia de posponer el inicio de relaciones sexuales o cuando ya se practican que éstas se realicen de manera reflexiva y segura. Deberá aprovecharse cualquier oportunidad para promover conductas saludables; esto porque en las adolescentes y jóvenes se ha identificado al embarazo, y no a la actividad sexual, como un problema social, motivo por el que deben ofrecérseles anticonceptivos a las adolescentes sexualmente activas.



Para esto se requiere desarrollar programas de información y servicios permanentes y sistemáticos de educación sexual para adolescentes y jóvenes, a partir de sus características específicas que feliciten los alcances de la salud reproductiva. A ésta la define la OMS como el derecho de las personas y las parejas a ejercer su sexualidad, libres del temor de un embarazo no deseado o de contraer una infección, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que en caso de así desearlo a que el embarazo parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar de padres e hijos.

#### ACTITUDES Y CREENCIAS DE LAS ADOLESCENTES CON RESPECTO A SU SALUD.

Falta de conocimientos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva

- Sobre el propio cuerpo
- Acerca de la reproducción
- Acerca de los métodos anticonceptivos
- Acerca de las infecciones de transmisión sexual

Sensación de invulnerabilidad frente al peligro

- Tienen un sentido de omnipotencia e invulnerabilidad frente a los peligros, lo que en parte explica los comportamientos de riesgo.

#### TEMORES DE LAS ADOLESCENTES HACIA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Actitudes hacia la toma de medicamentos

Fantasías asociadas con el embarazo y la vida de pareja

- Búsqueda de la identidad
- Definición de un proyecto de vida personal
- Independencia y separación de los padres

### Sentimientos de culpa frente al ejercicio sexual

- planear las relaciones sexuales puede ocasionar culpa, si se las considera actos Censurales, indebidos o “delictuosos”

### ACTITUDES Y CREENCIAS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICOS

#### Creencias acerca de las adolescentes

- algunas personas consideran que la adolescente es una persona inmadura y que no sabe lo que quiere.

#### Intervenciones ineficaces

- Ocurren cuando se trata de intervenir en aspectos que no pueden controlarse

#### Valores y creencias personales

- Respeto a las distintas formas de pensar.

#### Emisión de juicios de valor

- Puesto que en la consejería y en la prestación de los servicios se transmiten Valores es importante que estos se enfoquen a las responsabilidades que las Adolescentes deben tener hacia el cuidado de su salud.

#### Creencias y valores según el género de pertenencia

- La transmisión de valores diferentes de acuerdo con el género de pertenencia, Por ejemplo considerar que el ejercicio de la sexualidad sólo es aceptable para los valores

#### Confusión de roles

- Pueden provocar confusión y no permitir el establecimiento de límites claros.

Actitudes paternalistas

- Este tipo de comunicación supone una relación vertical y no favorece la confianza.

Ubicarse en el pasado

- Algunas personas tratan de mirar a los adolescentes de hoy con los parámetros de la adolescencia que ellas vivieron.

Uso de tecnicismos

- Para explicar a la adolescente algunos conceptos, a veces se recurre a la utilización de términos técnicos de difícil comprensión.

## PROPUESTAS DE SERVICIOS INTEGRALES PARA ATENDER ADOLESCENTES

Algunos de los resultados de trabajo por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia e IPAS México son las diversas pautas para desarrollar, mejorar e implantar servicios integrales para las adolescentes. En apego al marco jurídico sanitario vigente y a los derechos sexuales y reproductivos, ambas agrupaciones coincidieron en que para poder influir en las conductas sexuales y las decisiones reproductivas, los servicios deben tomar en cuenta la idiosincrasia de las adolescentes. Cuando las actitudes del personal de salud no despierta la confianza de las adolescentes, éstas no manifiestan abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, muchas veces referidos a temas como la sexualidad, las infecciones de transmisión sexual, las adicciones o los problemas relacionados con la nutrición.

También hubo consenso en que para facilitar el acceso a los servicios para las adolescentes éstos deben ser congruentes con ciertas características físicas, estéticas y organizacionales, como la localización de los servicios, los horarios, los procedimientos burocráticos (en especial la recepción), las actitudes del personal y la fragmentación de las medidas de tratamiento y prevención. La atención integral de las adolescentes debe ser interdisciplinaria, cambiando el foco de la atención centrada en la disciplina misma (consultas médica y psicológica, evaluación nutricional) por el de la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, sin límites disciplinarios (control de factores de riesgo, embarazo de la adolescente, deserción escolar). Para atender las necesidades e inquietudes especiales de las adolescentes es importante capacitar y actualizar a los ginecoobstetras. Los servicios deben ser amigables,

Fomentar la participación de las adolescentes en el diseño de programas, su implantación y evaluación.

Para apoyar el desarrollo de los jóvenes y promover conductas positivas de salud en los adolescentes es necesario fomentar los esfuerzos de sensibilización de programas para atender las necesidades e inquietudes especiales de las adolescentes es importante capacitar y actualizar a los ginecoobstetras .Los servicios deben ser amigables , fomentar la participación de las adolescentes en el diseño de programas , , su implantación y evaluación.

Para apoyar el desarrollo de los jóvenes y promover conductas positivas de salud en los adolescentes es necesario fomentar los esfuerzos de sensibilización en la comunidad.

Convendrá contemplar la incorporación de programas para adolescentes que permitan el desarrollo de habilidades que mejoren su autoestima, comunicación de todo lo relacionado con su sexualidad y fortalecer su capacidad de “negociar” prácticas sexuales más seguras. Esto contribuirá a motivar a los jóvenes a posponer su actividad sexual , ayudándoles a comprender el impacto a lo largo plazo de sus decisiones y la importancia de planificar su futuro .

Es importante que la prestación de los servicios tenga un enfoque de riesgo, pues las causas, susceptibles de prevención. En general, la atención debe privilegiar las actividades de promoción y preventivas, frente a las de recuperación y rehabilitación. La vigilancia del crecimiento y desarrollo es el eje de la atención integrada, donde deben estimularse las prácticas de autocuidado a través de la información adecuada y del ejemplo , este último ayuda a trabajar en la conformación de hábitos saludables.

## COMO ATENDER ADOLESCENTES EN LA CONSULTA

### Evaluación clínica

Atender a las adolescentes requiere interés, tiempo y experiencia profesional. Para que el cuidado sea efectivo y hay una buena relación, es fundamental que el Personal de salud tenga interés profesional en las adolescentes, debido a que éstas tienen sensibilidad para identificar el rechazo; si el médico se siente incómodo al atenderles es preferible que las refiera a otro profesional.

### La Entrevista.

Las adolescentes llevan a la consulta una serie de preocupaciones, prejuicios y ansiedades que, con frecuencia, dificultan la relación médico \_ paciente. Algunos factores a considerar se relacionan con las características del profesional a agenda de la consulta, la presencia de terceros y el propio desarrollo de la adolescente. La escucha activa es un elemento relevante en la interacción

### Confidencialidad

La prestación de servicios a las adolescentes debe garantizar que sean personalizados, confidenciales y con activa participación para lograr la preservación o promoción de su salud. Para conseguir el adecuado acceso, sin barreras y evitar el rechazo, es indispensable que la adolescente reciba los servicios con total consentimiento y a través de la persona en i.e. ella confíe plenamente

### Duración de la consulta médica

Para que la entrevista y el examen físico sean completos, la primera visita debe durar alrededor de 45 minutos.

### Sala de espera

La atmósfera debe ser agradable, con decoración adecuada para las adolescentes y con materiales de lectura que les informen cuestiones de salud y estimulen su necesidad de formular una serie de preguntas al facultativo. Se recomienda que la sala de espera esté separada de la destinada a las mujeres adultas y niñas. Cuando esto no sea posible, aislar los espacios con paredes falsas. Otra opción son los horarios o días de atención exclusiva para adolescentes, preferentemente por las tardes o en las horas que no interfieran con las actividades escolares.

### Sala de exploración

Debe mantener la privacidad, la intimidad y ser accesible. La exploración debe realizarse sin interrupciones ni distracciones, sin atender llamadas telefónicas u otros asuntos ajenos a la adolescente. La distribución física del escritorio o de los muebles es un elemento que ayuda a la comunicación con la paciente adolescente. Si el escritorio se coloca contra la pared y el médico se sienta al lado de la paciente y no detrás del escritorio, la comunicación será más fácil y eficiente.

## CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES NECESARIOS PARA LA ENTREVISTA

- Crecimiento y desarrollo normal de la adolescente
- Desarrollo psico-social
- Estadíos de Tanner
- Anomalías del desarrollo
- Sexualidad
- Nutrición
- Medicina preventiva
- Técnicas de entrevista

## Objetivos de la entrevista

- Identificar el problema (área médica, área psicosocial, área escolar, área social )
- Identificar quién percibe el problema : los padres, la adolescente, los hermanos (asunto relevante en caso de uso y abuso de sustancias)
- Establecer cómo maneja el problema la familia y sus maestros
- Establecer cómo enfrenta la adolescente el período de transición de la infancia a la vida adulta
- Definir si el objetivo de la entrevista es el control de la salud o la adolescente realmente tiene un problema de salud

## ENTREVISTA CLINICA DE LAS ADOLESCENTES

- Inicie la entrevista identificándose en forma agradable
- Pregúntele cómo quiere ser llamada
- Escuche atentamente a la adolescente y sus problemas
- Registre su impresión inicial sobre la adolescente
- Establezca una buena relación médico-paciente y asegúrele a la adolescente que mantendrá la confidencialidad
- Use un lenguaje que la adolescente entienda y se sienta cómoda. Evite la terminología técnica médica
- Pregunte acerca del motivo de la consulta , los antecedentes patológicos personales y familiares, historia escolar , relación con sus padres, hábitos y estilos de vida, con especial insistencia en el consumo de sustancias, antecedentes laborales , estructura y dinámica familiar, vivienda y nivel socioeconómico
- Es frecuente que la adolescente acuda a la consulta con síntomas no representativos de su verdadero problema: permanentemente estará poniendo a prueba el interés y la confianza en el médico
- Haga preguntas abiertas
- Evite asumir roles paternalistas
- Trate o aclare algunas afirmaciones o expresiones de sentimientos, como por ejemplo: ¿qué quieres decir con eso?
- En los temas difíciles usar afirmaciones que faciliten la discusión
- Separe el ejercicio de la sexualidad de la reproducción
- Considere que la sexualidad no se reduce a la genitalidad
- Cuestione el sistema dicotómico masculino-femenino
- Promueva el conocimiento y la apropiación del cuerpo
- Promueva el disfrute del placer (desde su definición ética). (23)
-

El embarazo en adolescentes puede apreciarse desde vista; cada participante, incluyendo a los prestadores de servicios de salud, puede tener una visión individual al respecto. Esta perspectiva puede cambiar de acuerdo a las circunstancias culturales, médicas o afectivas y con el papel que juega cada persona respecto a la adolescente embarazada. Considerado por su magnitud como un problema de salud pública, se le ha puesto mucho énfasis tanto del punto de vista epidemiológico como clínico y se han incorporado muchos servicios tanto como atención psicológica, formación de clínicas, servicios especializados y extensas campañas preventivas. Incluso, existen innumerables modalidades de cursos de educación sexual, tanto para padres como para los propios adolescentes.

Sin embargo, prácticamente no existen programas educativos que atiendan a los padres de las adolescentes durante el curso del embarazo de sus hijas.

El embarazo no planeado de una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años, además de repercutir sobre su esfera social. Se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral, generalmente mal remunerada. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso que conllevan, a corto plazo, ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos. El papel que juega la familia, y más específicamente la madre de la adolescente embarazada, como el primer escalón de apoyo de la red social, será de gran importancia para procurar la adaptación de la adolescente a su maternidad y a su futuro inmediato. Sin embargo, se desconocen formalmente las necesidades educativas que tienen las madres de estas pacientes durante ese periodo. En la vida cotidiana, las madres de adolescentes embarazadas además de compartir la responsabilidad y la crítica social y familiar, adoptan la mayoría de las veces una función de guía o asesoría frente a las dudas y preocupaciones que el embarazo, el parto y la recuperación puerperal implican, pero, independientemente de la buena fe o intención que tengan, el grado de efectividad que puedan tener sus consejos o acciones y la información necesaria para ello, pueden estar muy lejos de las verdaderas necesidades que plantean tales situaciones.



El concepto de riesgo reproductivo continua siendo muy amplio y discutible, sin embargo, a nivel mundial, la UNICEF, la OMS y la UNESCO en colaboración con otras 107 organizaciones han resumido en seis mensajes básicos las acciones que, tanto prestadores de servicios de salud como la población en general deben aplicar para reducir los riesgos reproductivos. Éstos son:

- 1) Que los riesgos del parto se pueden reducir drásticamente acudiendo con el personal de salud más próximo para efectuar revisiones periódicas durante el embarazo.
- 2) Todos los partos deben ser asistidos por una persona capacitada.
- 3) Para reducir los riesgos del embarazo y del parto es importante que todas las familias conozcan los síntomas de alarma.
- 4) Una mujer embarazada, a menos que ya presente un exceso de peso, necesita más alimentos durante el embarazo. Todas las mujeres embarazadas tienen mayor necesidad de descanso.
- 5) Los riesgos asociados se reducen considerablemente si se espacian los embarazos al menos dos años y se evitan antes de los 18 y después de los 35 años de edad.
- 6) Las mujeres que han gozado de buena salud y han gozado de buena salud y que han estado bien alimentadas en su infancia y adolescencia tienen menos riesgos durante el embarazo y el parto.

La hipótesis que subyace al estudio consiste en que el riesgo perinatal de una adolescente cuya madre participa de un programa educativo similar (en objetivos) al que se le proporciona a las adolescente dentro de la institución, es menor al de adolescente embarazada cuya madre no participa del programa.

Comúnmente las instituciones de salud visualizan la problemática de la adolescente embarazada desde el punto de vista clínico-biológico, dejando a un lado los aspectos de la dinámica familiar. Estos tienden hacer más difíciles de manejar, ya que existen desde mucho tiempo antes del embarazo de la adolescente, agudizándose durante este período. En un estudio previo, sobre necesidades educativas en salud perinatal con 95 madres adolescentes usuarias del Inper, se identificó, en concordancia con algunos datos recientes de la literatura, que existen una serie de condiciones que propician una dinámica familiar disfuncional. Se encontró que, cerca del 0.40% de los padres entrevistados no eran casados, que en su mayoría tenían una actividad laboral poco remunerada y que la ocupación materna predominante era ama de casa. Se documentó que la edad en que las madres tuvieron su primer embarazo muy cerca de los 17 años. Los datos sobre conocimientos generales sobre reproducción mostraron grandes deficiencias, especialmente en cuanto a la identificación oportuna de signos de alarma durante el embarazo y sobre planificación familiar, donde la preexistencia de mitos y creencias populares riesgosas fue muy prominente. La gran mayoría de los padres aceptaron que no contaban con información adecuada para brindar apoyo adecuado a sus hijas durante el embarazo y en 0.86% aceptaron que tal evento provocó cambios diversos en la dinámica familiar. Mostró buena disposición

Durante los últimos 20 años, la opinión pública se ha preocupado cada vez más; y se ha incrementado la formulación de políticas de la investigación relacionadas con la sexualidad, el embarazo y la crianza de los hijos en las adolescentes. Los expertos en este campo, reconocen con certidumbre creciente que el embarazo en la adolescente es un problema de muchas facetas, con muchos factores y ninguna solución fácil. La mayor parte de las comunidades y las organizaciones no pueden considerar ésta cuestión con objetividad a causa de los sobretonos políticos y religiosos. Quizás ningún otro problema de salud, con excepción de aborto y SIDA, tenga un efecto tan penetrante y produzca tantas discusiones cargadas de emocionalidad. El problema del embarazo en las adolescentes puede ser resumido de la siguiente manera: “Ninguna experiencia humana es a la vez tan privada de manera transitoria y tan prolongada desde el punto de vista público como el embarazo no deseado. Cuando la propia madre es una adolescente joven...el embarazo se ve enredado de manera inevitable, en una maraña descomunal de dimensiones personales, sociables, religiosas, éticas y económicas.

No solo en Estados Unidos, sino también en todos los países desarrollados, y en los subdesarrollados, quienes se encargan de la política y de los profesionales de la asistencia de la salud están descubriendo que el embarazo de la adolescente es un aspecto de “Nueva Morbilidad”, es decir, las enfermedades causadas por situaciones sociales y estilos de vida. Estas “enfermedades” incluyen, entre otras, los problemas aberrantes de crecimiento y desarrollo, problemas de conducta, emocionales, dificultades educativas y de aprendizaje, y embarazo y crianza de hijos a temprana edad. Juntas todas estas morbilidades constituyen una crisis de salud pública de primer orden que no resulta posible afrontar con las intervenciones biomédicas tradicionales.

En la mayor parte del mundo, se carece de criterios nacionales, estatales y locales importantes, a causa de la gran madeja de opiniones personales, sociales, culturales, económicas y políticas sobre éste problema y sus soluciones potenciales.

Incluso es difícil la investigación por que “las adolescentes no constituyen un grupo monolítico y el embarazo de la adolescente no es un problema unitario”. El significado del embarazo durante la adolescencia debe interpretarse a la luz de muchas diferencias personales, familiares, culturales y regionales.

**DEFINICION:** El embarazo con la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos o primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica o edad de la menarquía) cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica, de la familia parenteral o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (1).

### 3.- ANTECEDENTES HISTORICOS

Los datos obtenidos y analizados en 1992 por la National Survey on Family Growth confirmaron las dimensiones de la revolución sexual que ocurrió a finales del decenio de 1960 y en el decenio de 1970. Las adolescentes mayores de (15 a 19 años) se encontraban directamente al frente de las proporciones crecientes de actividad sexual tanto en el grupo de raza negra como en el grupo de raza blanca.

Aunque se ha producido una disminución de las proporciones en el decenio de 1980, la incidencia de la actividad sexual de este grupo de edad, sigue siendo más elevada que en cualquier momento de los tres decenios previos. En 1980, cerca del 45% de las mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad son sexualmente activas antes del matrimonio, y se estima que el 36% de ellas quedan embarazadas en el plazo de dos años después de su experiencia sexual inicial. Las adolescentes de menor edad (15 años o menos) prosiguen en el decenio de 1980 enfrascándose en el coito premarital en números de cada vez mayores, y no es posible predecir cuando disminuirá esta tendencia o se detendrá, y si sucederá así. La proporción de embarazos y abortos entre las mujeres de 14 años o menos siguió incrementándose entre 1980 y 1983.

El empleo creciente del aborto moderó la tasa de natalidad durante el decenio de 1970, pero dado que ha disminuido el matrimonio entre las adolescentes, ha sido más elevada la natalidad en el decenio de 1980 en madres adolescentes solteras; la mitad no estaban casadas en el momento del nacimiento de sus hijos en el decenio de 1980, en comparación con el 15% de 1960.

En los Estados Unidos las tasas de embarazos, nacimientos y abortos en adolescentes son muchísimas más elevadas que en la mayor parte de los otros países (14).

Alrededor de 860 000 adolescentes quedan embarazadas cada año, y alrededor de 425 000 dan a luz.

Alrededor de una de cada tres adolescentes queda embarazada antes de los 20 años de edad.

El índice de nacimientos correspondientes a madres adolescentes esta declinando. Entre 1991 y 2002 cayo un 30 por ciento (de 61.8 a 43 por cada mil mujeres).

Sin embargo, en el 2002 (el ultimo año del que se dispone de datos estadísticos), alrededor de 4 adolescentes de cada 100 tuvieron un bebe.

Alrededor del 17 por ciento de las madres adolescentes tienen un segundo bebe dentro de los tres años del nacimiento del primero. (16, 17).

. La brecha entre los Estados Unidos y los países europeos es mayor en las mujeres menores de 15 años de edad. La tasa anual de los Estados Unidos de 5 nacimientos por cada 1000 adolescentes menores de 15 años, es cuatro veces la de Canadá, el único país que llega a tener hasta 1 por cada 1000. Al estudiar las tasas de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Gales, Francia, Holanda y Suecia, estos investigadores se sorprendieron al

encontrar la posición social clara de los gobiernos de las cuatro naciones europeas con respecto al embarazo de las adolescentes. Al ofrecer contracepción a las adolescentes sexualmente activas, los cuatro países identifican claramente como su problema social al embarazo de la adolescencia, más que la actividad sexual de las adolescentes.

En varios países europeos, las leyes de liberación del aborto se ha acompañado de esfuerzos especiales para incrementar el empleo de contraceptivos entre las adolescentes activas.

Por tanto, a pesar de haber puesto disponible el aborto libre para todas las mujeres en 1975, Suecia encontró que su proporción de abortos; igual a la de los Estados Unidos en 1974, disminuía el 27% en 1981, en tanto que la tasa de Estados Unidos durante el mismo periodo aumentó al 59%

Las adolescentes en Estados Unidos, no reciben sistemáticamente información sobre la contracepción y las consecuencias durante el embarazo durante la adolescencia. La única excepción ha sido la campaña de información “sexo más seguro” de 1987-1988 que se vio precipitada por la amenaza del SIDA. Aunque las tasas de aborto en los Estados Unidos son más altas que en la mayor parte de los países europeos, éstas han disminuido ligeramente para todas las pacientes de 19 años o menores; desde el 29.2% de todos los embarazos, en 1980, al 27.1% en 1983.

De la misma manera que en los países desarrollados, el embarazo en adolescentes constituye un problema de salud, en los países subdesarrollados, representa un problema que requiere de atención especial, ya que cada vez es más alta la proporción de mujeres que se embarazan antes de los 19 años de edad, aumentando la morbimortalidad, materno-fetal por las complicaciones producidas por el embarazo de este grupo de edad. (14).

En las últimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo y parto en la adolescente al reconocer a éste como un problema multifacético y de no fácil resolución. Este puede ocurrir en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos.

En el embarazo en el adolescente hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social, se informa en éste mayor frecuencia de desproporción céfalo pélvica, anemia, preeclampsia, y bajo peso del recién nacido.

Desde tiempos pasados se ha informado embarazos de niñas muy jóvenes, unos de los primeros fue hecho por Mendelso en 1958 en una niña de 6 años. Haller en 1751 una niña de 9 años y así numerosos informes pero el de mayor impacto es el doctor Ecomel en 1939 en una niña peruana que mediante cesárea a los cinco años y medio se obtuvo un producto con peso de 2,700 grs. siendo considerada la madre más joven en el mundo hasta la actualidad. Furtado en 1947 en una niña brasileña de 7 años quien a dio a luz gemelos (15)

## 4.- INCIDENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término adolescente, comprende aquella edad entre los 10 y 19 años, y juventud aquella edad comprendida entre los 10 y 24 años. (15)

El embarazo en adolescentes y su prevención, son problemas de salud que revisten igual importancia. La tasa de embarazos en los Estados Unidos para las mujeres entre 15 y 19 años de edad, fue el doble que en Gran Bretaña en 1981; tres veces más que en Suecia y casi siete veces más en los países bajos. Una de cada 20 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, tuvieron un nacimiento en 1985. Las adolescentes blancas comprendieron la mayoría de estas madres (cerca de 65%).

De estos nacimientos el 58% ocurrieron en adolescentes no casadas. La actividad sexual en adolescentes incrementó significativamente, las tasas totales de embarazos fueron muchísimas más altas, en parte, debido al incremento de las tasas de actividad en este grupo de edad. Aunque las mujeres blancas de Estados Unidos entre los 15 y 19 años de edad, el 35% son sexualmente activas solo la mitad de estas han utilizado alguna vez, un método anticonceptivo.

Muchos americanos creen que las adolescentes Áfrico americanas son las que tienen la gran mayoría del rango de embarazo en adolescentes, sin embargo, el 27% de adolescentes americanas que son Africo-Americanas ó hispanas, representan el 35% del total de embarazos en adolescentes en Estados Unidos. (6)

En los países bajos, el embarazo en adolescentes es mucho menos común que en Estados Unidos. En 1986, cuando Jones y Cols, investigaron el embarazo en adolescente en países más bajos de embarazos en adolescentes, en relación con los países estudiados y junto con Suecia, tuvieron los rangos más bajos. Las tasas de abortos permanecieron paralelas a las tasas de embarazos y fueron también las menores en los países bajos. Estos datos son de 10 años atrás, pero las estadísticas más recientes indican que el número de embarazos en adolescentes ha disminuido fuertemente en 1980, mientras que el rango de aborto en adolescentes ha permanecido muy bajo, y como consecuencia, la maternidad en adolescentes es cada vez menor (4).

El Archipiélago Maltés consiste en un grupo de islas, las cuales en 1883, tenían un total de población de 329,189 habitantes. La población femenina entre 15 y 19 años de edad en 1983 era del 10.6% del total de la población femenina, mientras que el número de embarazos en mujeres menores de 20 años representó el 35% de todos los nacimientos. Las tasas de mortalidad perinatal en las islas Maltas, se presentaron en un porcentaje más elevado en las mujeres menores de 20 años, comparadas con el resto de la población. (15).

Singapur es una ciudad pequeña pero densamente poblada que ha tenido un desarrollo muy rápido durante los pasados 20 años. La rápida transición de “desarrollado” a “altamente industrializado”, ha sido acompañada por algunos de los problemas sociales relacionados con el incremento en la influencia y la “occidentalización” conduciendo a una erosión de los valores más conservadores y tradicionales del mundo oriental. Un ejemplo es el incremento en las tasas de embarazos en adolescentes. Se ha estimado que casi 2000 de los nacimientos por año son de madres adolescentes y de ellas, la gran mayoría no son casadas. Este incremento ocurrido de una década a la fecha, de madres adolescentes no casadas, no solo tiene significancia médica, sino también implicaciones sociales, de medio ambiente y emocionales. Por ejemplo, el número de abortos en adolescentes en Singapoore ha presentado un incremento significativo, de 284 en 1974 a 1987 abortos al año de 1984. La liberalización del aborto en Singapoore fue en 1975, y su curso ha resultado en que muchas de éstas pacientes, soliciten la interrupción del embarazo. Algunos estudios han demostrado que las pacientes que continúan su embarazo, lo hacen por diagnósticos tardíos o por implicaciones culturales o religiosas. (8).

El embarazo temprano en adolescentes, y sus efectos implican un severo problema para el individuo, la familia y la sociedad como es la de Bangladesh. El matrimonio en Bangladesh es casi universal. Entre las edades de 15 y 19 años, el 60% de las mujeres están casadas, y para la edad de 24 años, el 95% han tenido ya una unión marital.

No obstante los esfuerzos gubernamentales, para establecer el rango de edad legal para el matrimonio entre los 16 y 18 años de edad, muchos matrimonios en la provincia, ocurren apenas cuando se presenta la menarca. Estos matrimonios tempranos, resultan en una alta proporción de primeros embarazos antes de los 19 años de edad, y por consecuencia, altos índices de complicaciones, como son: anemia, aborto, permutares, toxemia del embarazo y eclampsia. La maternidad temprana, frecuentemente produce efectos devastadores en los infantes. Bajo peso al nacer y desnutrición, son comunes así como: infecciones, resultando una alta tasa de mortalidad infantil, actualmente estimada en 140 por cada 1000 nacidos vivos. De la misma manera se ve incrementado el índice de divorcios y poligamia en esta sociedad. (11).

En México el índice de embarazos en adolescentes, es cada vez más preocupante ya que se presenta con mayor frecuencia en pacientes de medios socioeconómicos bajos.

En un estudio reciente realizado en Instituto Nacional de Perinatología, se encontró que en las pacientes menores de 17 años, están expuestas a riesgo de un embarazo hasta en 62.2% lo que implica que la actividad sexual inicie con más frecuencia antes de los 17 años. (13)

## **MALFORMACIONES CONGENITAS**

Vinatier et-al (13) encuentran más malformaciones entre los recién nacidos cuyas madres tienen menos de 15 años (20 %) que entre los hijos de mujeres de más edad (4%). Scholl et-al (12) observan solamente un 6.25 %

No hay duda de que las madres que consumen cocaína tienen una incidencia más alta que la esperada de niños con anomalías congénitas (19). En los roedores, la droga es evidentemente teratogénica. En los seres humanos ha sido difícil atribuir la teratogenicidad solo a la cocaína, debido a la prevalencia del consumo de múltiples sustancias, la nutrición deficiente de la madre, las infecciones maternas y la alteración de la oxigenación y la nutrición del feto. Por lo general las malformaciones congénitas comunicadas que se asocian con el consumo materno de cocaína son defectos que se asocian con el consumo materno de cocaína siendo defecto de los miembros, malformaciones genitourinarias, anomalías cardíacas a atrencias gastrointestinales. (19, 20, 21 y 22)

Frecuencia:

Las malformaciones congénitas, con un 18 % de fallecimiento, constituyen la tercera causa de muerte por debajo del año de edad. Además, ciertos trastornos del desarrollo son más frecuentes entre los fetos abortados de modo espontáneo que en los nacidos vivos (18).

## **GENETICA Y MEDIO AMBIENTE**

Una pequeña parte de las malformaciones congénitas tienen una causa ambiental. Otra parte también pequeña de malformaciones congénitas se deben a razones genéticas. La mayoría son probables de la interacción entre la predisposición genética y ciertos factores ambientales intrauterinos sutiles.

El aborto es un problema de salud importante en nuestro país y sus causas son diversas. Se calcula que aproximadamente el 50 % de los abortos espontáneos del primer trimestre cursan con anomalías cromosómicas de las cuales son heredadas o familiares y otras son alteraciones “de novo” (18).

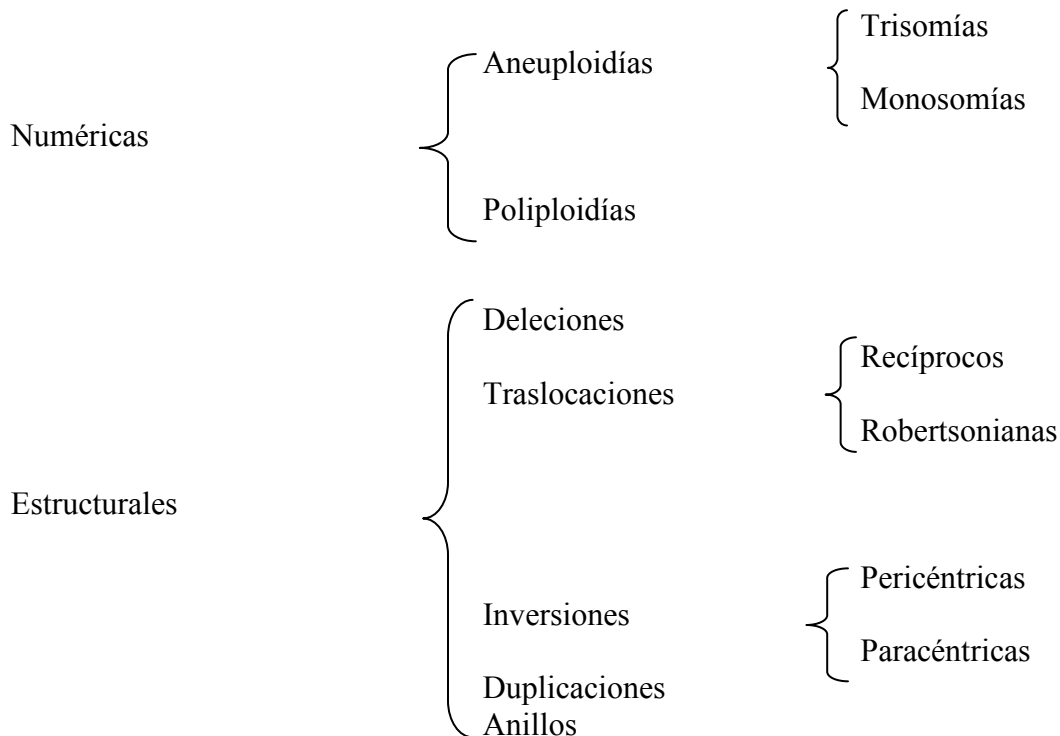
La frecuencia de abortos reconocidos clínicamente en la población general, se ha estimado en un 15 y un 20 % y más del 20 % de éstos se pierden en los primeros de la gestación. Sachs, sugiere que las parejas tengan dos o más abortos deberán estar sometida a un estudio citogenético con el fin de detectar alteraciones cromosómicas.

Sin embargo, esto es muy variable y depende de los antecedentes y características de cada pareja.

Incidencia del síndrome de Down en la población de 15 a 19 años es de 1 por cada 2,500 embarazos se tiene una recurrencia de hasta 30 a 50 veces si no se practican estudios cromosómicos.

## ETIOLOGIA CROMOSOMICA

Las anomalías cromosómicas pueden ser numéricas o estructurales



Los dos trastornos aneuploides comunes son los síndromes de Klinefelter y de Turner.

La poliploidia suele ser un acontecimiento esporádico que depende de procesos anormales de fecundación, como fecundación doble (ispermia). Los productos poliploides no son viables, a menos que se presenten como mosaico. Las anomalías estructurales pueden afectar individualmente a los autosomas o a los cromosomas sexuales y se refieren a deleciones, traslocaciones, inversiones, duplicaciones, anillos e isocromosomas.

No hay duda de que las madres que consumen cocaína tienen una incidencia más alta que la esperada de niños con anomalías congénitas. En los roedores, la droga es evidentemente teratogénica. En los seres humanos ha sido difícil atribuir la teratogenicidad sólo a la cocaína, debido a la prevalencia del consumo de múltiples sustancias, la nutrición deficiente de la madre, las infecciones maternas y la alteración de la oxigenación y la nutrición del feto. Por lo general, las malformaciones congénitas comunicadas que se asocian con el consumo materno de cocaína son defectos de los miembros, malformaciones genitourinarias, anomalías cardíacas y atresias gastrointestinales.



Períodos de mayor sensibilidad de órganos y aparatos en el desarrollo embriofetal de presentar alteraciones, genéticas y congénitas, en estas semanas de gestación

Período blastémico. 1 y 2 SDG	Aborto
Período embrionario 3 y 7 SDG	SNC
4 y 6 SDG	Corazón
4 y 7 SDG	Extremidad inferior
4 y 12 SDG	Oído
5 y 7 SDG	Extremidad superior
5 y 7 SDG	Ojos
7 y 8 SDG	Dientes
7 y 11 SDG	Paladar
7 y 11 SDG	Genitales externos
Período fetal 8 a la 38	Son en menor proporción su Frecuencia

## INCIDENCIA DE DEFECTOS CONGENITOS

Incidenia relativa y absoluta de las diversas malformaciones observadas en el nacimiento.

(Cifras calculadas por Tuchmann-Duplessis sobre la base de estadísticas francesas, belgas y americanas).

Tipos de anomalías o malformación	porcentaje
Sindactilia polidactilia adactilia, pie zambo focomelia etc.	26 %
Malformaciones diversas	
Comprendiendo las malformaciones asociadas	22 %
Anomalías del Sistema nervioso central	
Anencefalia, Hidrocefalia, Espina bífida, Meningocele, etc.	17 %
Anomalías genitourinarias	
Agenesia renal, riñones poliquísticos, multiquísticos	14 %
Hidronefrosis.	
Anomalías faciales labio leporino, hendidura palatina etc.	9 %
Anomalías del aparato digestivo.	
Atresias imperforación anal, onfalocele, celoso mía, etc.	8 %
Anomalías cardiovasculares	4 %

Incidenia y recurrencia del tubo neural 0.3 %.

La focomelia es una malformación congénita caracterizada por deformidades graves de los huesos largos.

Anencefalia. Es una malformación que se caracteriza por la ausencia completa o parcial del cerebro y del cráneo suprayacentes. En algunos casos la hipófisis también falta o es muy hipoplásica. Cerca del 70 % de los fetos anencefálicos son del sexo femenino.

Espina bífida. Meningocele. La espina bífida es una malformación que consiste en la existencia de una hendidura, por lo general en la vértebra lumbosacra, a través de la cual puede hacer protrusión un saco meníngeo formando un meningocele.

Hidrocefalia. El signo ultraecográfico característico consiste en la dilatación de los ventrículos laterales. Son frecuentes ciertas anomalías asociadas que comprenden la espina bífida. Una vez identificada la hidrocefalia en la fase media de la gestación o en períodos previos a esta, a menudo se aconseja la supresión del embarazo

Anomalías genitourinarias.

Agencia renal. La incidencia de ausencia completa de los riñones es de aproximadamente uno de cada 4,000 nacimientos (potter, 1965). Esta malformación se registra en lactantes de raza blanca y suele ir acompañada de oligohidramnios.

Obstrucción urinaria. La obstrucción persistente del sistema colector urinario del feto destruirá los riñones a no ser que sea aliviada, suele acompañarse de oligohidramnios.

Cardiopatía congénita.

Entre las malformaciones cardíacas se incluyen procesos tales como la persistencia del conducto arterial, comunicación interventricular y comunicación íter auricular en el primer grupo. La primera de este grupo es la más frecuente en México la segunda es aproximadamente del 17 % predomina en los hombre dos a uno y por último es más frecuente en la mujer que en el hombre.

Malformaciones con defectos septales.

Tetralogía de fallot, atresia tricuspídea, transposición de grandes arterias, atresia pulmonar, tronco común persistente, enfermedad de Ebstein.

Estas malformaciones se presentan a menudo formando parte de un síndrome como de los de Down, de Marfan, de Ellis-Van y otros trastornos cromosómicos.

Los lactantes con cardiopatías congénitas graves pueden reaccionar de forma completamente normal al nacer para empeorar más tarde. Por tanto, se debe pensar en la posibilidad de una cardiopatía congénita en un lactante maduro que parece normal al nacer y que más tarde presenta taquipnea, cianosis, taquicardia intensa y cardiomegalia, ya sea en las primeras horas o días de la vida. Las arritmias se dan rara vez en recién nacido.

Otras malformaciones o anomalías congénitas	Porcentaje	relación M-F
Diabetes mellitus	0.10 %	1-1
Escoliosis (idiopática)	0.22 %	1-6
Estenosis pilórica	0.30 %	5-1
Labio leporino con o sin palatosquisis	0.02 %	4-1
Luxación congénita de cadera	0.10 %	1-6
Oligodactilia.	0.07 %	3-2
Pie equino varo	0.10 %	2-1
Retardo mental idiopático	0.30 – 0.50 %	1-1(18)

## 5.- JUSTIFICACION

El Hospital Juárez de México perteneciente a los servicios estatales de salud (S.S.A.), esta ubicada en la avenida Instituto Politécnico Nacional, Número 5160, colonia Magdalena las Salinas, delegación Gustavo A. Madero. Este hospital atiende un tipo de población que se caracteriza por pertenecer a la clase social baja con las implicaciones, culturales, ambientales y sociales que esto condiciona.

Por este motivo, el presente estudio, tuvo la finalidad de conocer la incidencia de embarazo en adolescente, así como su riesgo perinatal, complicaciones pre-parto, trasparto y puerperio inmediato, en este grupo de edad.

También se estudiaron los índices de parto prematuro así como las complicaciones de los mismos inmediato.

Aunque la organización mundial de la salud, defiende la adolescencia como aquel grupo de edad entre los 10 y 19 años de edad el grupo de pacientes de este estudio tiene un rango de edad entre los 12 y 18 años.

## **6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo de pacientes menores de 18 años, es el problema obstétrico que mayor frecuencia presenta el hospital Juárez de México, y que obedece a múltiples factores que son necesarios para evaluar su relación causal.

### **ETIOLOGIA**

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos solo se dispone de algunos de ciertas latinoamericanas. El 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años en Bahía, Brasil, un 13% de la ciudad de México y un 22.2% de Guatemala.

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en las comunidades campesinas en las zonas urbanas y las clases sociales bajas en las grandes ciudades de la población juvenil no se a acompañado de un incremento, proporciona de contra sección adecuada. Entre los motivos mencionados por los adolescentes figuran: la convicción de que “eso a mi no me va a pasar”, lo inesperado del momento del coito; ignorancia de los métodos anticonceptivos; temor a ser criticado, si usan un método anticonceptivo o que los padres se enteraran de su intento la mitad de los embarazos de los adolescentes ocurre los siete meses al inicio del coito (20% al primer mes).

## **FACTORES DE RIESGO**

### **BIOLOGICOS:**

La edad de la pubertad; la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años durante este siglo, alrededor de 12 y 13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. La adolescente con una menarquía precoz más expuesta al riesgo de embarazarse.

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de las relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquía/espermaquía y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el rol de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.

## **PSICOSOCIALES**

### **DISFUNCIÓN FAMILIAR.**

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual, y además, puede encontrar alivio a la sociedad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza del incesto.

Se ha descrito como factores de riesgo asociado a la familia. La inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

## **CULTURALES.**

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el “locus” de control externo. Bajo estas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.

El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

## **PSICOLÓGICOS**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar” pues eso solamente le ocurre a otras. La necesidad de probar, su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

## **SOCIALES**

Las zonas de pobreza, con nacimiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrá mayor cantidad de familias disfuncionales, faltas de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comerciales y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afectan las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescentes. (1)

## **7.- ESPECIFICACIÓN DE VARIABLE.**

En este estudio, las características de la mujer vienen a constituir el punto de apoyo para el análisis de datos que se presenten realizar, ya que serán sus indicadores, los que se determinen.

Las características del grupo a estudiar en este caso.

1. Edad menores de 19 años ( 13-18 años)
2. Estado civil
3. Ocupación
4. Escolaridad
5. Nivel socioeconómico
6. Control de la fertilidad
7. Antecedentes de control prenatales
8. Complicaciones durante el embarazo
9. Complicaciones Durante el parto
10. Vía de resolución del embarazo
11. Peso del producto o productos
12. Apgar Capurro,
13. Complicaciones inmediatas del R.N.
14. Complicaciones durante el puerperio

## 8.- OPERACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Escala
Características de la mujer	Edad	{ Menores de 19 años 13-18 años
	Paridad	{ 1-2 3-4
	Clase social	{ Alta Baja Media



## **9.- HIPOTESIS**

En base a la incidencia del embarazo en adolescentes reportados en la literatura mundial, se ha encontrado que el embarazo en la adolescencia, conlleva a una serie de complicaciones médicas que repercuten directamente sobre los índices de morbimortalidad del binomio.

Por lo tanto las perspectivas estadística en ésta unidad hospitalaria en base al tipo de población que maneja, serán similares o mayores, por el incremento de los factores de riesgos y las complicaciones perinatales, que se presentan con mayor frecuencia en las pacientes adolescentes embarazadas.

## **10.- MATERIAL Y METODOS**

- El presente estudio, se realizo de forma perspectiva en el Hospital Juárez de México, dentro de un periodo de un año Enero-Diciembre 1998.
- Seleccionándose el grupo de edad de 13-18 años, para obtener los datos de las pacientes que fueron atendidas en esta Unidad para la resolución de su embarazo.

## **11.- UNIVERSO DE TRABAJO**

El universo de trabajo lo constituye la mujer grávida, nulípara y multípara de cualquier clase social, con edad menor de 19 años a la cual se realizará. Atención de parto, eutócico o distócico vaginal o abdominal, efectiva de urgencias.

## **12.-CRITERIOS DE INCLUSION**

- a).- Paciente menor de 19 años.

- b).- Estado grávido, que la forma de resolución de embarazo se haya llevado a cabo En este hospital.

### **13.- CRITERIOS DE NO INCLUSION**

- a).- Paciente mayores de 18 años
- b).- Paciente atendidas solo con amenazas de parto prematuro

### **14.- CRITERIOS DE ELIMINACION O DE EXCLUSION**

- a).- Pacientes que se hospitalizaron y pidieron su alta voluntaria sin habersele atendido su parto en el hospital.

### **15.- DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se determino el total de embarazadas bajo el criterio de inclusión, no inclusión y eliminación entre 1ro de Enero al 31 de Diciembre de 199

### **16.- RESULTADOS**

Para el desarrollo de este estudio se efectuó revisión de expediente que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia de este hospital del 1ro. Enero al 31 de diciembre de 1998.

Total de ingresos de pacientes obstétricas: 3547  
 Total de partos eutócicos vaginales: 1977  
 Total de partos distócicos vaginales: 47  
 Total de abortos: 735  
 Total de Cesáreas: 1092

Resultado de lo anterior en pacientes menores de 19 años.

Pacientes obstétricas: 399 casos  
 Total de partos eutócicos: 248 casos  
 Total de partos distócicos vaginales: 2 casos  
 Total de cesáreas: 102 casos  
 Total de abortos: 47 casos

## 17.- ANALISIS

Durante el lapso de este estudio se atendieron en nuestro hospital 3547 Pacientes obstétricas, de las cuales: 399 correspondieron al grupo de 19 años, dándonos una frecuencia de: 11.24 %, cifra la cual será consultada de acuerdo a la bibliografía de algunos estudio realizados por algunos autores.

Ruiz Velazco  
 Aznar Ramos  
 Guerrero Sanguino  
 Ahued Ahued

Edad. La edad de las pacientes tendrá variaciones desde los 13 años hasta 18 años. Teniendo las edades más numerosas las de: 18 años

Se realiza comparación de resultados con algunos autores.

Ahued Ahued del centro hospitalario 20 de noviembre ISSSTE

Estudio efectuado de ingreso durante tres años 1969-1973.

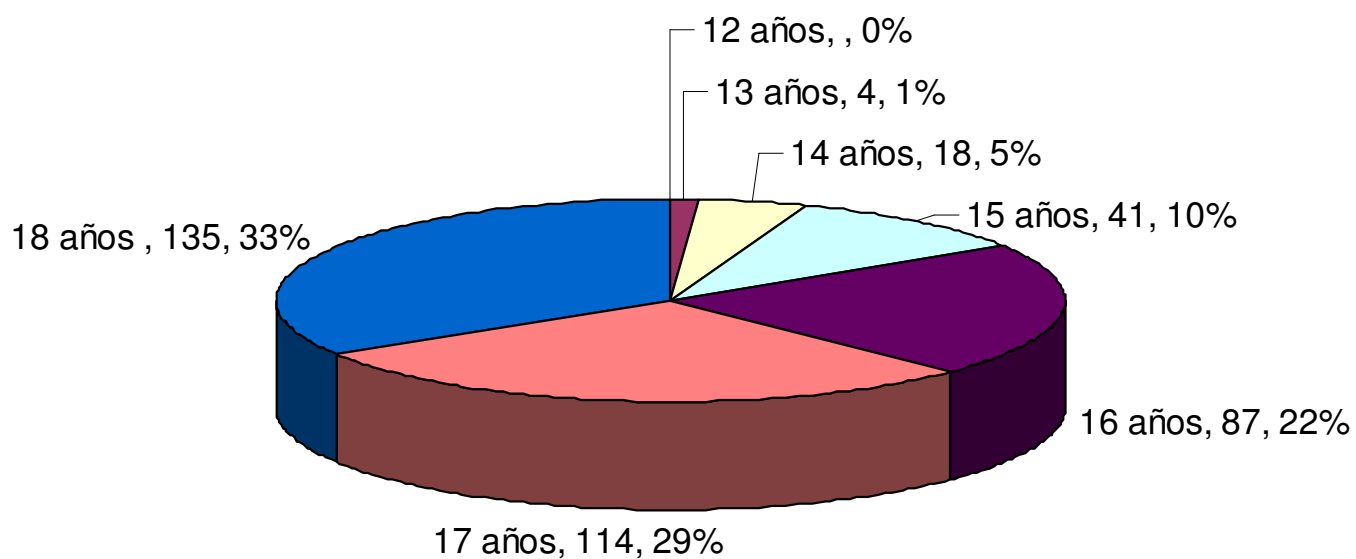
Aznar Ramos y Chávez Azuela del centro médico nacional. Hospital de Gineco-obstetricia No. Uno del IMSS. Ingresos de 4 años

Guerrero sanguíneo del H.G.O. No. IMSS de un año 1972

Tabla

Edad	Presente Estudio	Ahued A.	Aznar R.	Ruíz V.
12 años				
13 años	04 1.0020 %	01 0.1869 %	01 0.25 %	02 0.2 %

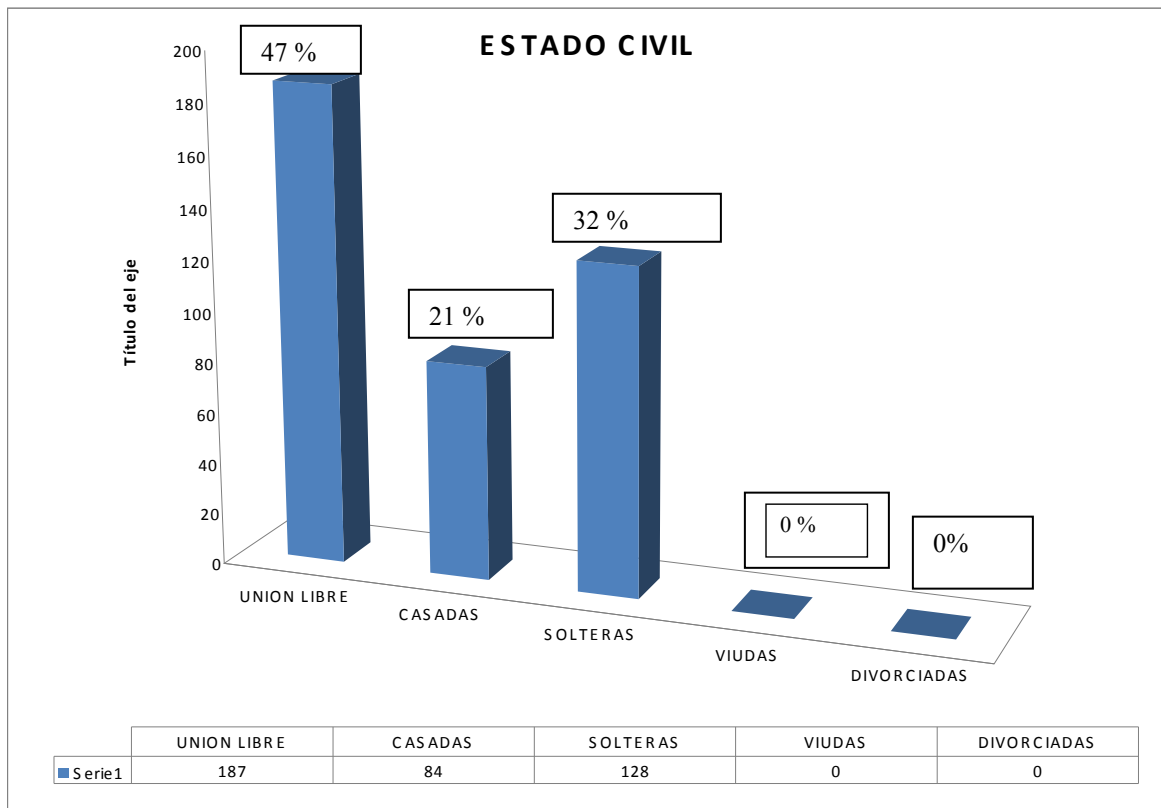
14 años	<b>18</b> 4.5112 %	04 0.7476 %	11 2.75 %	23 2.3 %
15 años	<b>41</b> 10.2756 %	23 4.2999 %	72 18.00%	66 6.6 %
16 años	<b>87</b> 21.8045 %	98 18.3177 %	281 70.25 %	274 27.4 %
17 años	<b>114</b> 28.5714 %	219 40.9344 %	35 8.75 %	535 63.5 %
18 años	<b>135</b> 33.8345 %	190 35.5111 %	-	-
<b>Total</b>	<b>399</b>	535	400	1000
Tiempo de estudio	Un año	Tres años	Cuatro años	Cuatro años



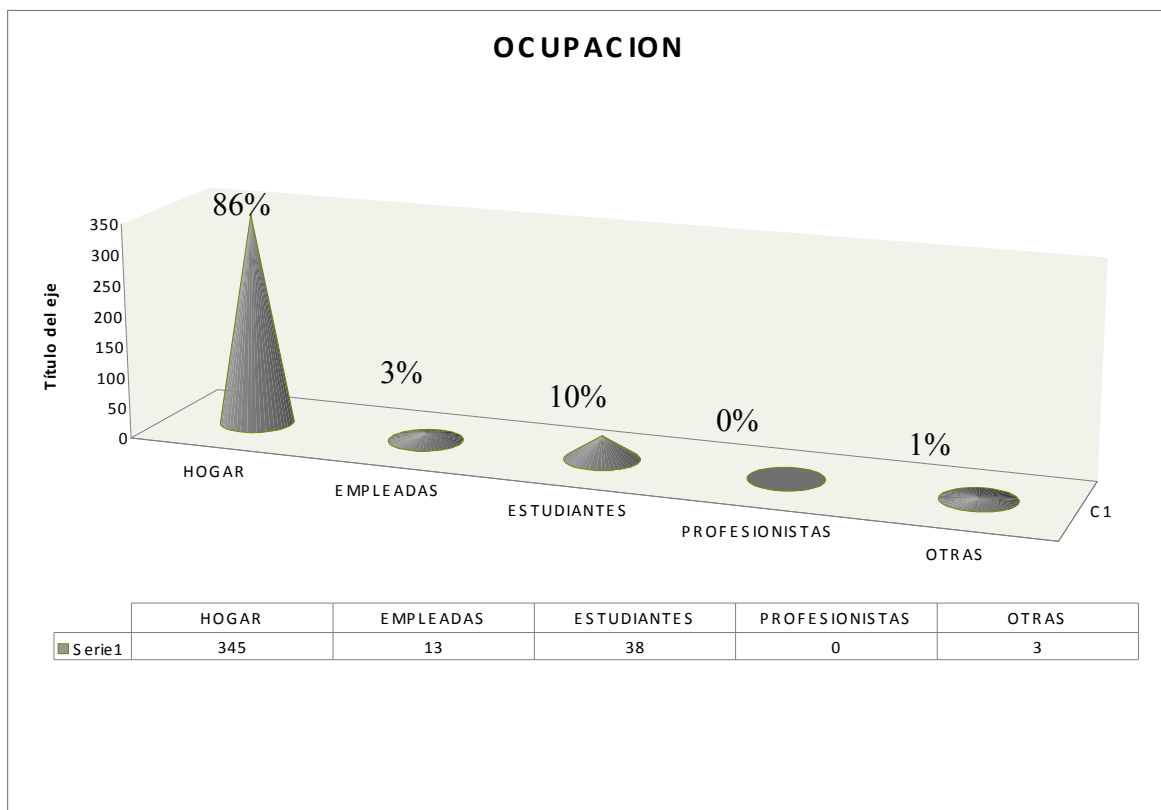


Estado civil: nuestro porcentaje mayor de pacientes fueron: Unión libre  
Solteras: 128 Viudas: 0 Divorciadas: 0  
Unión libre: 187

Casadas: 84



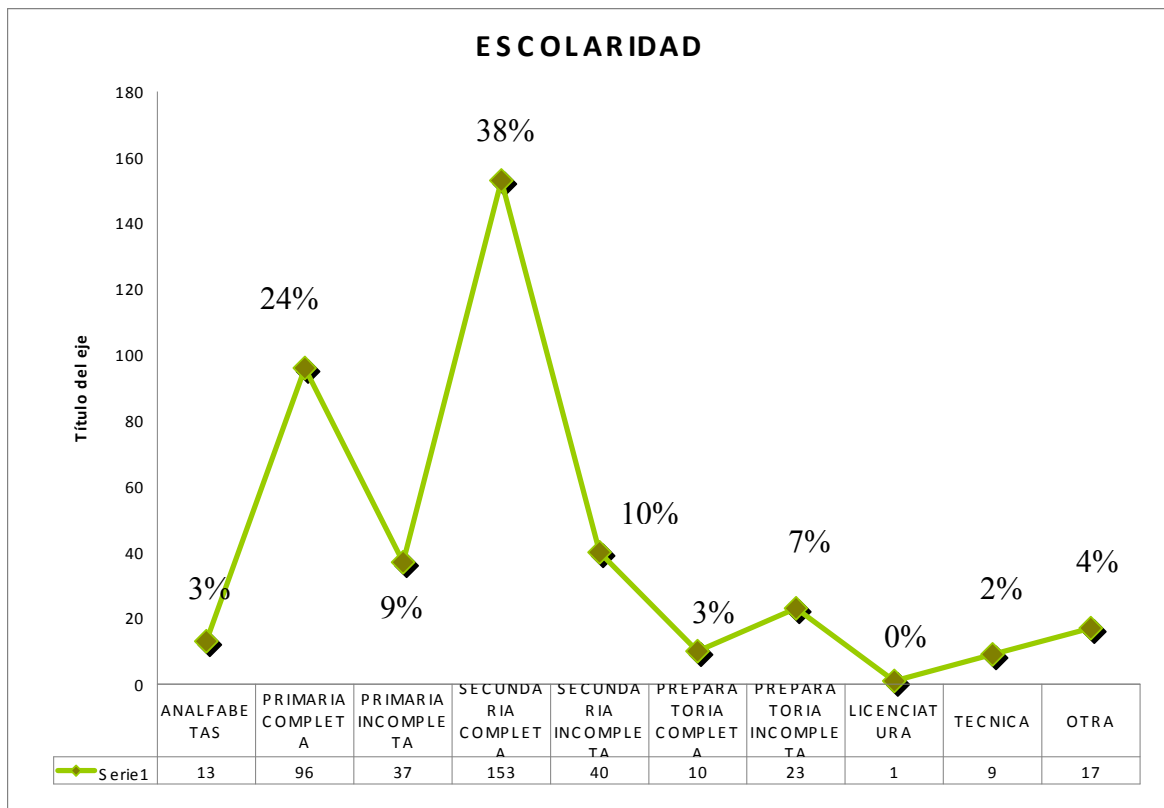
Ocupación: La ocupación encontrada fue la siguiente:  
 Hogar: 345      Empleadas: 13      Estudiantes: 38  
 Profesionistas: 0      Otras: 3



Escolaridad. Observaremos el porcentaje de analfabetas así como porcentaje que no termino primaria sumando ambos dan un total de: 146 un porcentaje de 36.5 % Este tipo de personas que no terminaron su educación ya sea primaria, secundaria o preparatoria se les dieron una orientación adecuada sobre educación sexual considero que disminuiría el alto índice de embarazo en la adolescente.

Escolaridad,- Se realizaron grupos de acuerdo a su escolaridad que se encontró

Analfabetas		13 casos
Primaria	completa	96 casos
Primaria	incompleta	37 casos
Secundaria	completa	153 casos
Secundaria	incompleta	40 casos
Preparatoria	completa	10 casos
Preparatoria	incompleta	23 casos
Licenciatura		1 casos
Técnica		9 casos
Otra		17 casos





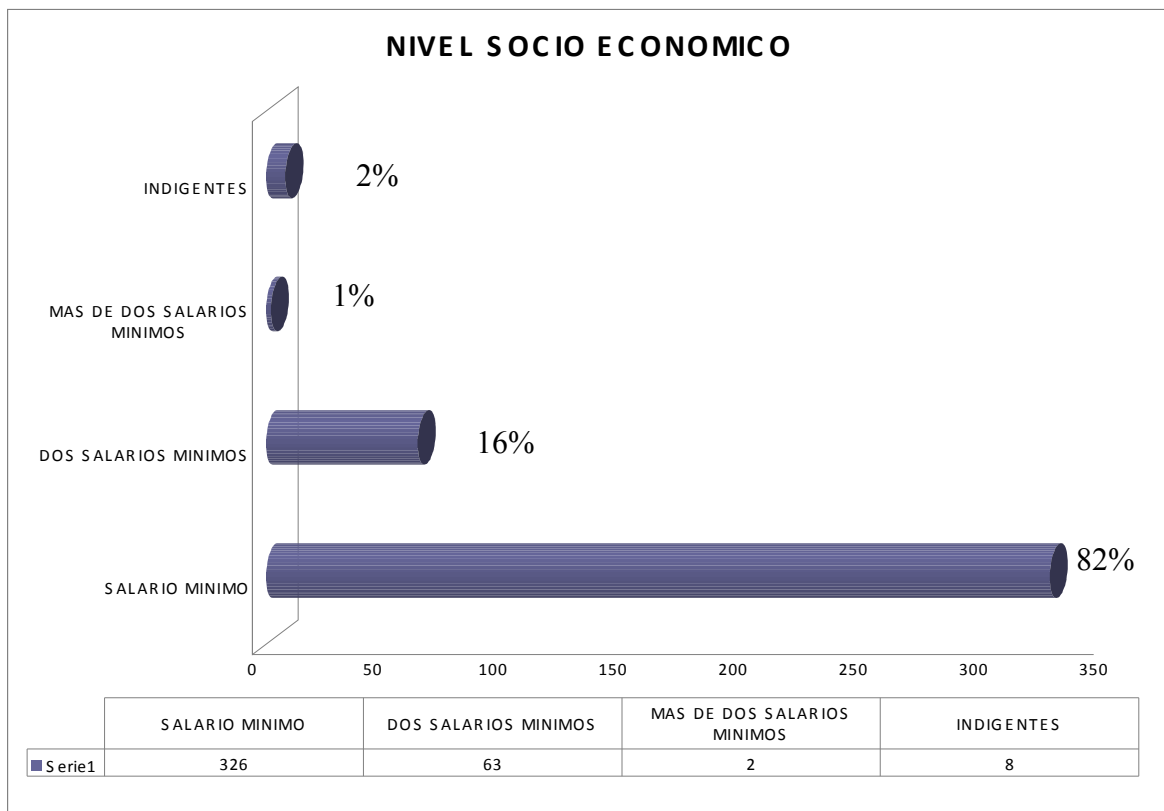
Nivel Socioeconómico.-

A.- Salario mínimo: 326 casos

B.- Percepción de dos salarios mínimos: 63 casos

C.- Percepción de más de dos salarios mínimos: 2 casos

E.- Personas indigentes, canalizadas con instituciones de beneficencia pública, pacientes con problemas legales: 8 casos

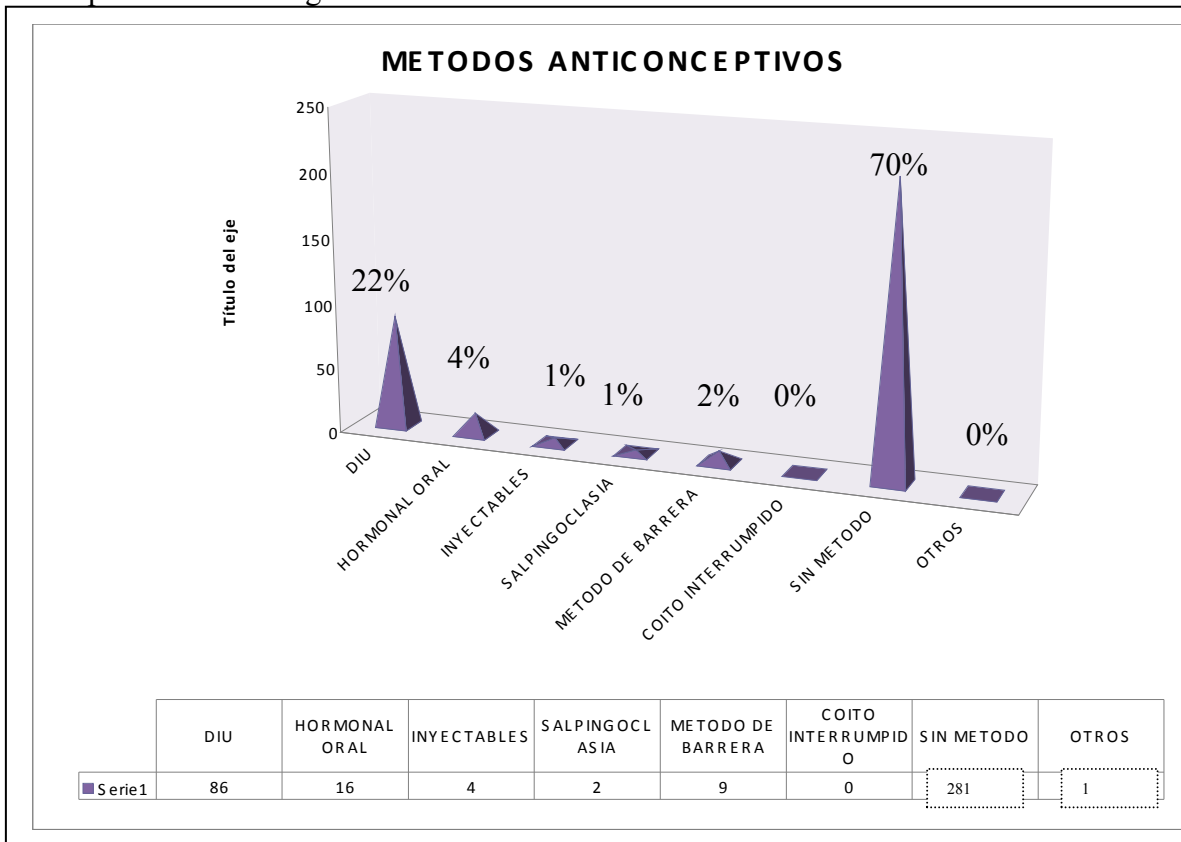


### Control de la fertilidad antes del embarazo

Es uno de los puntos más importantes para el control adecuado y prevención de complicaciones durante el embarazo pero dado que falta a la información así como el analfabetismo influyen en este grupo se encontró los siguientes casos:

DIU: 86 H. Oral: 16 Inyectables: 4 OTB; 2 Métodos de barrera: 9  
 Coito interrumpido: 0 Sin método: 281 Otros: 1 Histerectomía obstétrica

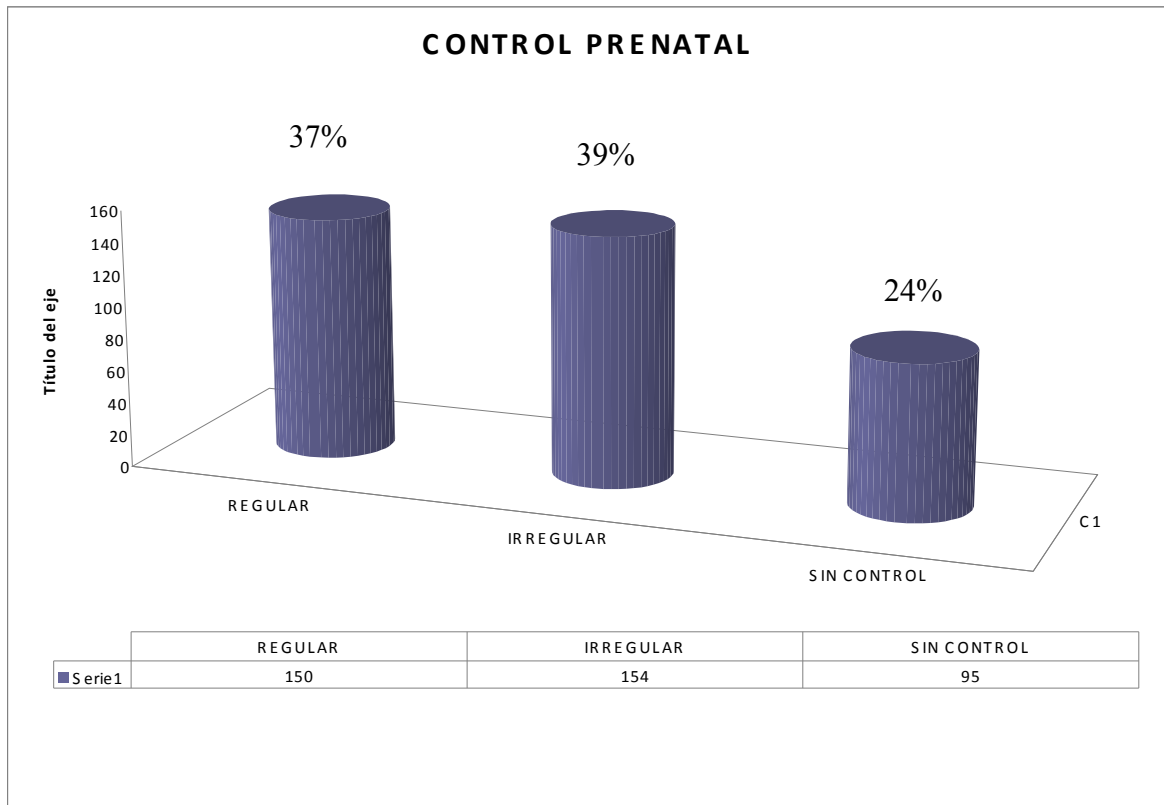
A su egreso este grupo 118 pacientes salieron con método de planificación familiar y 281 no aceptaron método alguno.



### CONTROL PRENATAL:

Punto clave para inicio y culminación de un embarazo de alto riesgo como lo representan este grupo de mujeres adolescentes. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Control prenatal regular más de 5 ocasiones: 150 casos  
Control prenatal irregular menos de 5 ocasiones: 154 casos  
Sin control prenatal: 95 casos



#### COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Amenaza de parto prematuro:	4 casos
Ruptura prematura de membranas:	21 casos
Infección de vías urinarias:	23 casos
Parto prematuro:	13 casos
Cervico vaginitis:	29 casos
Toxemia:	11 casos
Amenaza de aborto:	16 casos
Aborto:	47 casos
Óbito:	5 casos
Condilomatosis:	4 casos
Embarazo molar:	7 casos
Traumatismo abdominal:	3 casos
Gastroenteritis:	2 casos
Infección de vías urinarias:	23 casos
Defecto tuboneural:	4 casos
Embarazo ec tópico:	1 caso
Sin complicación	186 casos

Embarazo deseado Si: 361 casos

No: 38 Porque:

Violación: 2

Falla método de planificación familiar.2

No planeado. 34

## Vía de resolución del embarazo

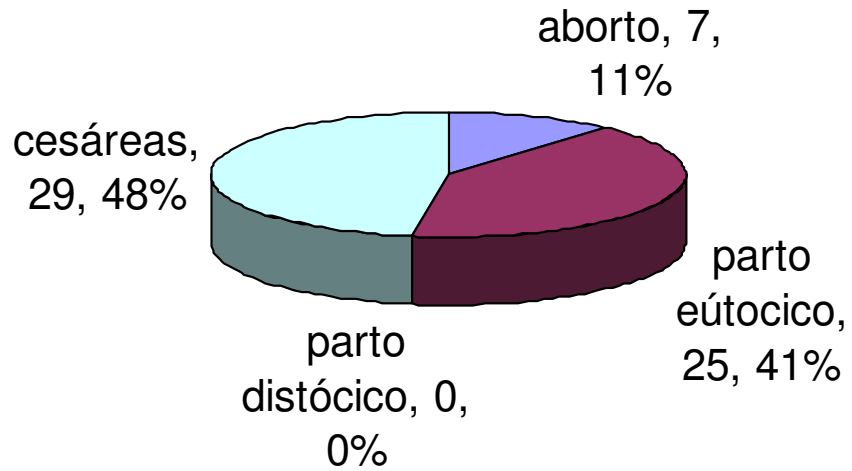
### Grupo uno 12 a 15 años

### grupo dos 16 a 18 años

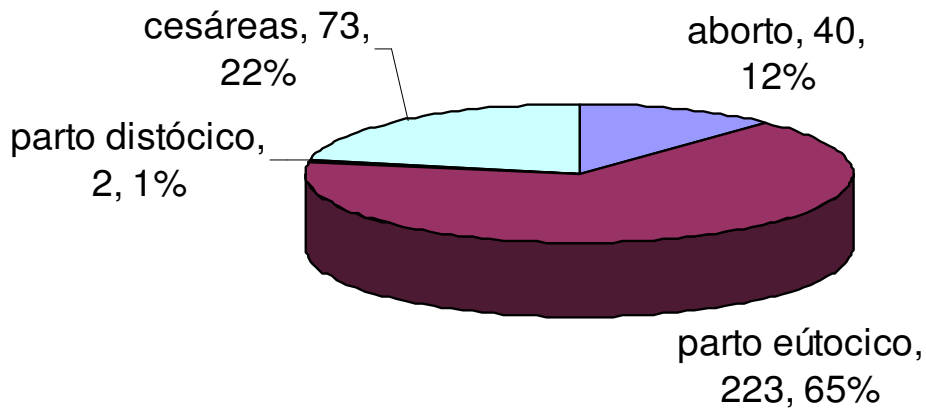
Aborto:	7 casos	40 casos
Parto eútopico:	25 casos	223 casos
Parto distócico:	0	2 casos
Cesáreas:	29 casos	73 casos

Indicaciones:	13-15 anos	16- 18 anos
Presentación pélvica	3 casos	13 casos
Preeclampsia:	0	1 caso
Inminencia de eclampsia:	2 casos	3 casos
Desproporción céfalo pélvico:	22 casos	25 casos
Sufrimiento fetal agudo:	1 caso	16 casos

### Grupo uno de 12 a 15 años casos



### Grupo dos de 16 a 18 años casos



Condilomatosis:	1 caso
Periodo intergenesico corto:	3 casos
Eclampsia:	2 casos
Periodo expulsivo prolongado:	3 casos
Prematurez:	2 casos
Distocia de contracción:	1 caso
Oligohidramnios severo:	2 casos
Embarazo gemelar:	2 casos

Peso de los recién nacidos en gramos. Hubo un total de 67 Recién nacido con peso menor de 2,500 grs. y 126 Recién nacido con peso de 2501 a 3,000 grs. Y mayor de 3kgrs 146 Recién nacido.

Apgar de los productos. Es la valoración clínica que se le hace al recién nacido al momento del nacimiento al minuto y a los cinco minutos.

Apgar de los productos prematuro : fue variable teniendo un calificación muy baja desde 3/ 6 Recién nacido 32.2 semanas de gestación , hasta una muy alta de 8/9 en 6 recién nacido 36 semanas de gestación

En general tenemos los siguientes resultados:

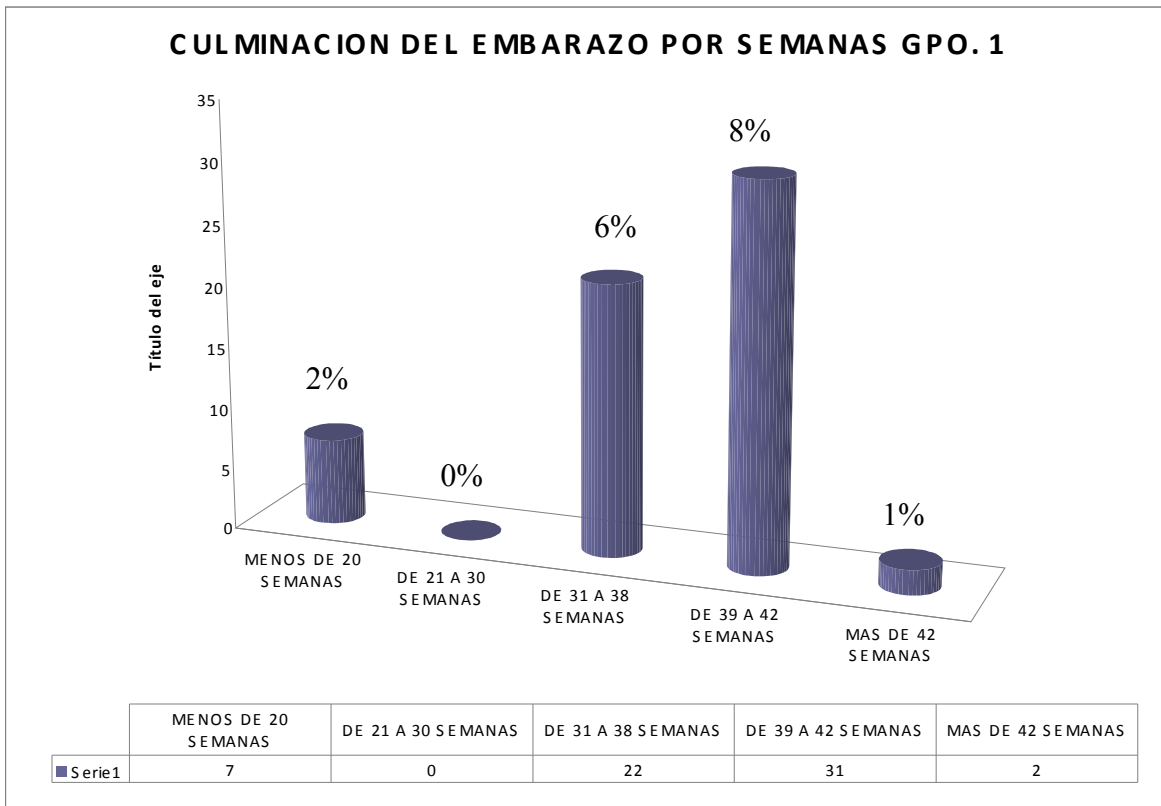
5-5	3	0-0	3
5.8	9	3-6	2
6-8	3	3-8	1
7-8	8	4-6	3
7-9	19	4-8	2
8-8	9	no registrados	66
8.9	238		
9.9	33		

Total 399 recién nacidos prematuros, términos, posttermino

Valoración de capurro al nacimiento comparación entre ambos grupos de 12 a 15 anos y de 16 a 18 anos

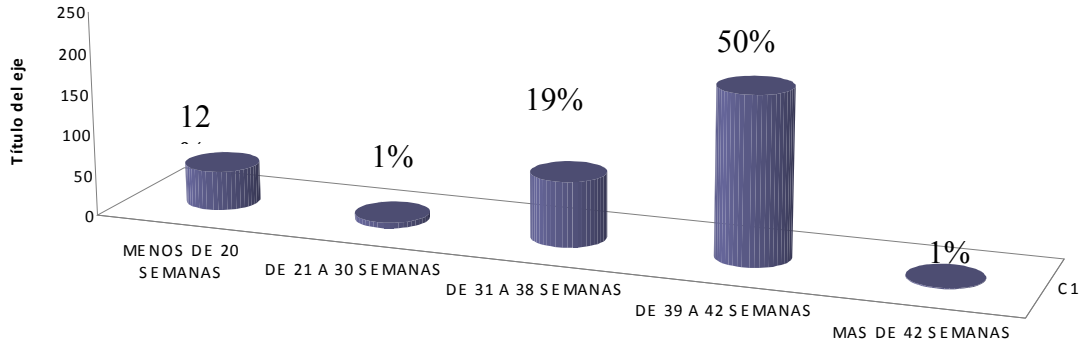
Culminación del embarazo. Aquí se mostrara cuál fue el total de embarazo que llegaron a término y total de embarazos que no llegaron a término.

Semanas de gestación	13 a 15 años	15 a 19 años	porcentaje
Menos de 20 semanas	7	48	13.78 %
De 21 semanas a 30 semanas:	0	7	1.75 %
De 31 a 38 semanas	22	79	25.31 %
De 39 a 42 semanas	31	202	58.39 %
Más de 42 semanas	1	1	0.50 %
Otras complicaciones	1		0.25 %





## CULMINACION DEL EMBARAZO POR SEMANAS GPO. 2



	MENOS DE 20 SEMANAS	DE 21 A 30 SEMANAS	DE 31 A 38 SEMANAS	DE 39 A 42 SEMANAS	MAS DE 42 SEMANAS
■ Serie1	48	7	79	202	1

Las complicaciones inmediatas del recién nacidos en ambos grupos.

Productos vivos	363 vivos sin complicaciones aparentes
Productos muertos	5
Prematurez	15
Prematurez mas Taquipnea	3
Membrana Hialina mas prematurez	1
Bajo peso	3
Asfixia más prematurez	3
Aspiración de Méconio	2
Malformaciones congénitas	3
Céfalo hematomas	2
Anencefalia	2

Observándose el mayor numero de las complicaciones de los recién nacidos en el grupo de 16 a 18 años.

En el grupo de 13 a 15 años solo hubo 2 prematuros y una malformación congénita.

Complicaciones en el puerperio inmediatas o mediatas en ambos grupos:	43
Retención de restos placentarios:	13
Deciduoendometritis.	2
Preeclampsia:	12
Eclampsia:	4
Shock hipovolemico:	1
Anemia severa:	2
Mola persistente:	1
Infección de vías urinarias:	5
Desgarre vagina:	1
Insuficiencia renal:	1
Síndrome febril:	1

Lactancia materna. Esto conlleva a continuar con el programa de alojamiento conjunto y apego inmediato ya que es primordial la lactancia materna para el recién nacido evitando múltiples complicaciones y fortaleciéndole mejor su desarrollo.

Total de madres que iniciaron lactancia materna

SI:	314	casos
NO:	85	casos
PORQUE:		
Abortos:	47	casos
Defecto tuboneural:	4	casos
Eclampsia:	5	casos
Óbito:	5	casos
Choque hipovolemico:	1	caso
Prematurez:	12	casos
Muerte:	7	casos
Pasaron a unidad de cuidados intensivos:	2	casos
No aceptaron:	2	casos

## 18.- CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Durante lapso de este estudio se atendieron en nuestro servicio de ginecología y obstetricia: 3547 pacientes obstétricas, de las cuales: 399 correspondieron a menores de 19 años.

1. la frecuencia de pacientes gestantes menores de 19 años fue de 11.2%
2. La edad en mayor frecuencia fue la de 18 años igual a 33.8%
3. El estado civil la mayoría de las pacientes son unión libre: 187 un 47%
4. Porcentaje de pacientes de bajos recursos económicos fue 82% un total de 326 pacientes
5. En la ocupación el mayor rubro fue:el hogar con 345 pacientes un 86%
6. Pacientes que fueron violadas : 2 correspondió a un .5% afortunadamente
7. Paciente con cesárea iterativa y que e realizo OTB fueron 2 correspondió un .5%
8. Total de abortos en el grupo de estudio :47 un 12%
9. Porcentaje de pacientes que no acudieron a control prenatal : 24% igual a 95 pacientes
10. Porcentaje de analfabetas mas primaria incompleta : 12 % igual a 50 pacientes
11. Complicaciones obstétricas en ambos grupos controles: fueron 43 pacientes un 11%
12. Porcentaje de los recién nacidos con Apgar bajo: 26 recién nacidos correspondió a un 6.5% cabe mencionar que en 66 expedientes no estaba registrado el apgar o estaba confuso que correspondió a un 16.5 %

## 19.- COMENTARIOS FINALES PERSONAL ACERCA DEL ESTUDIO

Se debe evitar el embarazo en menores de edad con una buena orientación sexual a finales de la educación primaria o durante la secundaria.

Un cuidado prenatal adecuado y atención de los problemas psicosociales y económicos son indispensables para reducir los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal.

El embarazo en la adolescente es un problema grave que involucra a los diferentes niveles de atención a la salud ya que en nuestro país la pobreza y analfabetismo son dos puntos clave y secundario a estos embarazos no planeados las complicaciones son mayores y a veces dejando secuelas irreversibles o incluso la muerte como es la preeclampsia, hemorragias post parto y la infección puerperal.

Dentro de las tareas de cada uno de los niveles de atención tenemos diferentes responsabilidades y tareas como mencionar algunas el primer nivel es la forma preventiva, el segundo y tercer nivel la resolutive y controladora donde se cuenta con personal suficiente y capacitado así como recursos materiales para resolver alguna complicación de la embarazada adolescentes siempre y cuando no exista alguna complicación irreversible es importante la elección entre diferentes instituciones de beneficencias publicas para dar mas información en aquellas adolescentes que por cuestiones de abandono , muerte o separación de los padres tienen un embarazo no planeado.

## 20.- BIBLIOGRAFIA DE BASE EN EL ESTUDIO:

1.- J. Silber Tomás: Salud Reproductiva; Embarazo en la adolescencia, Manual de Medicina de la Adolescencia, México D.F. Organización Panamericana de la Salud, 1992, Págs.473, 477 y 479.

2.- Sally D: Embarazo en adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. México D.F, Editorial panamericana, 1989,3:715.

3. - Savona C; Risks in pregnant Teenagers. Int. J. Gynecol. Obstet.1990; 32» 7-13.

4. - James M. Childrens With Special Health Needa: A united States Perpective. Pediatrics .1990: 86 (6 Pt2): 1120-1123.

5. - Hans P: Children With Special Needs in the Netherlands Impaired Hearing, Adolescent Pregnancy, and Myelomeningocele. Pediatrics. 1990:86 (6 Pt2); 1117-1119.

6. - Kürup A: Pregnancy outcome in unmarried teenage nulligravida in Singapore. Int. J. Gynecol. Obstet, 1989.

7. - Rahman S. Reproductive Health Of Adolescents in Bangladesh, Int. J. Gynecol. Obst, and 1989: 29:329-335.

8 - Salinas A: Percepción de factores de riesgo reproductivo. Ginec. Obst. Mex. 1993; 60:8-14.

9. - Aznar Ramos y Bennet, A. Pregnancy in adolescent girl, Am. J. Obstet. Gynecol 81:934, 1961.

10.- Ruiz Velasco, P y Peraza, ZA. Gestación en la adolescente Gynec Obstet. Méx. 35:117, 1974.

11.- Ahued J.B. Tomasi NE; vargas,G.C. y Lowemberg. F.E. Atención obstétrica en la adolescente. Ginec. Obst. Méx. 43 255, 1978

12. - Scholl TO. Decker E. Karp R.J. Early adolescent pregnancy a comparative study of pregnancy outcome young adolescent and women, J. Adolescent Health care 1984; 5: 167-171

13.-Vinatier D. Monnier J.C. Muller P Delecour M. Crepin G. La Gossesse et l'acouchement chez l'adolescente, Rev fr Gynecol Obstet 1984; 79: 549-554

14.- Organización mundial de la salud.  
Training manual o research y action metodologics and techniques concerning de health of working children ginebra; 1988

15.- ginecología y obstetricia de México.  
Dr. Carlos de la garza quintanilla diciembre 1997 vol. 65 Pág. 533, 537

16. - National center for health statistics. Births to teenagers in the United States 1940-2000. National Vital statistics reports, 9/25/01.

17. - The national campaign to prevent teen pregnancy tee pregnancy sowat? Update 2/04 accesed 5/11/04.

18.- Jack a. Pritchard Paul C. Macdonald Norman F. Gant. Williams Obstetricia 3ra. Edicion 1986 pags. 774-781.

19. - Bingol N. Fuchas M, Diaz V, et al Teratogenicity of cocaine in humans. J Pediatr 110: 93, 1987

20. - Chasnoff IJ, Chisum GW, Kaplan WE: Maternal Cocaine use and genitourinary, tract malformations. *Teratology* 37: 201, 1988
21. - Hoyne HE, Jones KL, Dixon SD, et al: Prenatal cocaine exposure and vascular disruption *pediatrics* 85: 743, 1990
22. - Lipshutz SE, Frassica JJ, Oray EJ: Cardiovascular abnormalities in infants prenatally exposed to cocaine *J Pediatr* 118:44, 1991.
- 23.- Derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, Francisco Jesús Puente Tovar; Coordinador Nacional del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia 2007 y Cols. Pág. 1- 18
- 24.- Ginecología y obstetricia aplicadas: J. Roberto Ahued Ahued y cols. 2da. Edición, 2003 Pág. 569-575.