



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**“VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMÁN”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION: CLÍNICA**

**PRESENTA**

**DR. FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ DE ANDA**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE LA TESIS**

**DR. RAÚL RENDÓN MONTOYA**

**MÉXICO, D. F.**

**2003**



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.



## **VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES**

### **ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENRAL DE TICOMÁN"**

**Dr. Francisco Javier González De Anda**

**Vo. Bo.**

---

**Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles**

**Profesor Titular del Curso de Especialización en  
Ginecología y Obstetricia**

**Vo. Bo**

**Dr. Antonio Fraga Mouret**

---

**Director de Educación e Investigación**



**“VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMÁN”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION: CLÍNICA**

**PRESENTA**

**DR. FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ DE ANDA**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE LA TESIS**

---

**DR. RAÚL RENDÓN MONTOYA**

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios por permitirme vivir y llegar a donde estoy, por darme fortaleza y confianza en los momentos difíciles, y por nunca dejarme sola en estos años.

Le agradezco a mis padres por darme la vida, su amor, apoyo incondicional, por estar ahí cuando los necesitaba, por darme el mejor ejemplo que pude tener, y ser quien soy gracias a sus regaños, enseñanzas, y consejos. Sin ustedes no sería la persona que soy, gracias por nunca dejar de confiar en mí, y creer en que llegarla hasta a donde estoy.

Le agradezco a mis hermanos por estar junto a mí en las buenas y malas, por ayudarme en todo momento sin objeciones, por nunca dejarme solo en los problemas, por estar ahí en cualquier momento en que les hablara, y por ser los mejores hermanos de todo el mundo.

Le agradezco a mi compañera por su comprensión y compañía en todos estos años. Por apoyarme y no dejarme nunca solo, por creer en mí, por ser parte fundamental de mí vida en este momento y por el resto de ella.

Le agradezco a mis compañeros, por su ayuda, por compartir todos los momentos de estos años los buenos y malos, por estar juntos y continuar adelante. Por ser mi otra familia durante todos este tiempo. Gracias por el apoyo que me dieron.

Le agradezco a mis maestros por darme todas sus enseñanzas, por hacerme ver lo bueno y lo malo, por los regaños y los consejos, porque sin ellos no podría ser lo que me he convertido ahora, soy su reflejo y espero nunca decepcionarlos.

## INDICE

RESUMEN	-----	1
INTRODUCCIÓN	-----	3
OBJETIVOS	-----	9
MATERIAL Y MÉTODO	-----	10
RESULTADOS	-----	11
DISCUSIÓN	-----	15
CONCLUSIONES	-----	16
RECOMENDACIONES	-----	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	-----	18

## RESUMEN

La adolescencia es la etapa del ser humano en la cual termina lo que caracteriza a las diferentes edades pediátricas que constituye el crecimiento y desarrollo, para su estudio y comprensión, se le divide en tres etapas: temprana, media y tardía; los límites cronológicos para estas tres etapas son: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, adolescencia media de los 15 a los 17 años y adolescencia tardía de los 18 a los 20 años. El INEGI reporta que el embarazo en las adolescentes es un fenómeno relativamente frecuente en México, los datos más recientes indican que cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25% del total de embarazos que se registran en el país.<sup>1</sup> Ocasionando consecuencias emocionales y económicas que limitan su desarrollo y madurez psicosocial con menores oportunidades de educación y empleo, estos factores intervienen en la salud materna y primordialmente en la relación madre-hijo, lo que impacta en un alto índice de mortalidad en los hijos de madres menores de 20 años, en comparación con madres de 20 a 30 años.

**Objetivo:** Determinar las vías y causas de resolución del embarazo a término en las primigestas adolescentes en el Hospital General de Ticomán.

**Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversa, a través del censo de expedientes clínicos completos de las pacientes adolescentes de 10 a 20 años, embarazadas, primigestas, atendidas en el Hospital General Ticomán, durante el período del 1° de julio al 31 de diciembre del 2002.

**Resultados:** Se obtuvieron 352 expedientes de pacientes primigestas adolescentes, durante los 6 meses de estudio. Con una edad media de  $16.1 \pm 2.29$  años y un rango de 13 a 20. En la fig. 1 se observa que el grupos más afectados fueron los de 19 y 20 años con un 21.6 y 21.3 por ciento respectivamente.

De acuerdo a la clasificación de la adolescencia en temprana, media y tardía, se reporta en la fig. 2 que el grupo mayor fue el de la adolescencia tardía con un 60.5% (213 pacientes). En el cuadro I se describen las indicaciones de la operación cesárea, en donde se destaca que la principal causa es la desproporción céfalo – pélvica con un 39.5% (34 pacientes).

De acuerdo a la indicación de la operación cesárea fue en el 56.9% (49 casos) y por causa fetal 43.1% (37 casos), fig. 4.

**Conclusión:** De acuerdo con los resultados, la adolescente embarazada que es atendida en el Hospital General Ticomán tiene en su mayoría 19 o 20 años, que cuando se resuelve el embarazo por vía abdominal (cesárea); las causas principalmente son: desproporción céfalo – pélvica, sufrimiento fetal agudo, baja reserva fetal, preclamsia leve y severa.

**Palabras claves:** Adolescente, primigesta, embarazo, cesárea,

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del ser humano en la cual termina lo que caracteriza a las diferentes edades pediátricas que constituye el crecimiento y desarrollo, para su estudio y comprensión, se le divide en tres etapas: temprana, media y tardía; los límites cronológicos para estas tres etapas son: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, adolescencia media de los 15 a los 17 años y adolescencia tardía de los 18 a los 20 años. Son múltiples las razones por lo que las adolescentes resultan embarazadas, la mayoría carecen del conocimiento preciso de la sexualidad y de métodos anticonceptivos, no tener acceso real a los servicios de salud reproductiva y susceptibilidad a las enfermedades de transmisión sexual. El INEGI reporta que el embarazo en las adolescentes es un fenómeno relativamente frecuente en México, los datos más recientes indican que cada año se embarazan 500,000 adolescentes, que representan el 25% del total de embarazos que se registran en el país.<sup>1</sup> Ocasionando consecuencias emocionales y económicas que limitan su desarrollo y madurez psicosocial con menores oportunidades de educación y empleo, estos factores intervienen en la salud materna y primordialmente en la relación madre-hijo, lo que impacta en un alto índice de mortalidad en los hijos de madres menores de 20 años, en comparación con madres de 20 a 30 años.<sup>2</sup>

Es importante observar que en las tres últimas décadas se produjo una tendencia mundial a incrementar el número de cesáreas como alternativa de resolución obstétrica, fenómeno que tiene una variedad de explicaciones, al inicio tenía como propósito salvar la vida del feto, el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y el descubrimiento de anestésicos y antibióticos, posteriormente se transformó en una cirugía indispensable en la resolución de complicaciones surgidas durante el

embarazo o el parto. Actualmente es una de las cirugías más frecuentemente empleadas. Por ejemplo, en Italia pasó de 6.0% en 1974 a 29.0% en 1986-87; en Estados Unidos entre 1965 y 1986 aumentó de 4.5% a 24.1%; y en Escocia de 7.1% en 1980 a 10.7% en 1996. El incremento observado en el uso de la cesárea no ha sido un fenómeno exclusivo de países desarrollados. Para 1994 la tasa de cesárea en Chile fue de 37.2%; y en Puerto Rico 31.0%. Estudios llevados a cabo en Brasil muestran la variedad de niveles registrados: mientras en Sao Paulo ésta era de 51.1%, en Río de Janeiro se identificaron maternidades con tasas de 32 y 81 por ciento. Para el caso de México, de acuerdo con información publicada por la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, entre 1990 y 1999 la tasa de cesárea en el país aumentó de 13.64 a 25.41%.<sup>3</sup> En 1991 a 1995 se realizó un estudio para identificar la tendencia de los embarazos terminados por cesárea de cada entidad federativa, obtuvieron un incremento de 20.44% en 1991 a 29.78% en 1995; con respecto a las instituciones que brindan atención a la población abierta tuvieron un incremento de 35.08%, correspondiendo a los Sistemas Estatales de Salud para el año de 1995 la tasa más elevada de 29.78%, el resto de las instituciones tuvieron tasas que oscilaron entre 16.57% para el IMSS/SOLIDARIDAD y 21.7% para la Secretaría de Salud (SSA), todas con incrementos con significancia estadística. En relación a las instituciones que brindan atención a población derechohabiente el incremento fue de 53.27%, correspondiendo a la Secretaría de la Defensa Nacional para el año de 1995 la tasa más elevada de 52.15%, el resto de las instituciones tuvieron tasas que oscilaron entre 33.52% para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 43.89% para el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE), con excepción de la gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría de Marina (SEC-MAR) todas tuvieron incrementos con significancia estadística. Al efectuar la revisión

de la tasa de operación cesárea para los 32 estados de la República Mexicana, se encontró que en el año de 1995, la tasa promedio nacional fue de 28.58%. En conclusión, se encontró que tanto a nivel de las instituciones del SNS, como de los estados de la República Mexicana las tasas de operación cesárea son de las más altas en el mundo, independientemente de las grandes variaciones institucionales e interestatales; siendo las instituciones más afectadas las que brindan atención a pacientes derechohabientes, y los estados con un mayor grado de desarrollo socioeconómico.<sup>4</sup>

Las condiciones en las que con más frecuencia se resuelve el embarazo en las adolescentes en comparación con las adultas, es escasa y contradictoria. Se realizó un estudio en donde se compararon 121 adolescentes primigestas de 17 años o menos, sin patología sistémica, cuya resolución obstétrica se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología, con un número igual de adultas de 20 a 27 años, también primigestas y sin patología sistémica, que terminaron su embarazo en la misma institución, observándose que la extracción abdominal se practicó con mayor frecuencia en las adultas, así mismo concluyeron que la edad no es un factor de riesgo.<sup>5</sup>

Lo anterior no sería un elemento preocupante, de no ser porque la cesárea conlleva, en sí misma, la posibilidad de desarrollar complicaciones en corto y largo plazo, tanto para la madre como para su hijo, con el consecuente efecto negativo sobre la salud. La frecuencia con la que observan complicaciones asociadas a la cesárea, con infecciones de 13% que contrasta con un 1.3% de infecciones entre mujeres con parto vaginal. La infección de la herida no es la única complicación vinculada a la incisión quirúrgica. La dehiscencia de ésta puede provocar hemorragia posparto o ruptura uterina, ambas situaciones pueden hacer necesaria una histerectomía. Entre los factores que han sido señalados como propicios para el desarrollo de infección pos cesárea están: el sobrepeso;

las ruptura de membranas de más de seis horas de evolución; cesárea de emergencia; las condiciones socioeconómicas; el número de revisiones vaginales; nuliparidad, corioamnionitis, el volumen de pérdida sanguínea transquirúrgica, la presencia de infección en otro sitio y preclamsia. La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia de 13.24% en México; 14% en Canadá; y 20% en Estados Unidos de América del Norte en cesáreas en general y 16.9% en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. Adicionalmente, la edad parece ser un factor determinante en su presentación, se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de endometritis entre adolescentes (23%) y mujeres adultas (11%). De igual forma, el análisis de muestras endometriales indica diferentes microorganismos causantes de acuerdo con la edad de la mujer *Chlamydia trachomatis* fue encontrada en 28% y *Gardnerella vaginalis* en 32% de los casos en adolescentes comparado con 6 y 9%, respectivamente, en adultas.<sup>6,7</sup>

También se ha señalado un aumento de la morbilidad neonatal asociada al nacimiento por cesárea. Las cesáreas llevadas a cabo antes del término de la gestación se asocian con prematuridad iatrogénica, la cual propicia el desarrollo de cuadros respiratorios severos. El que la cesárea se realice antes de iniciada la fase de labor de parto, también aumenta la posibilidad de que los recién nacidos desarrollen patologías respiratorias, se estima una incidencia de síndrome de dificultad respiratoria de 4.1 casos por cada mil cesáreas de repetición practicadas antes del inicio de labor. La cesárea en sí misma y el momento en el cual se realiza no son los únicos factores asociados al desarrollo de patología respiratoria. El uso de anestesia regional se ha vinculado con la presentación de acidemia respiratoria aguda en niños nacidos por esta vía, al igual que la placenta previa. También se ha observado un impacto en la respuesta inmune de los recién nacidos debido a los

medicamentos administrados a la madre. La incisión quirúrgica también puede provocar daños al producto. Se encontró una incidencia de 1.8% de lesiones ocasionadas por el bisturí, en el total de cesáreas estudiadas. Aunque la mayoría de éstas no requirió tratamiento específico, en 25.8% se registró daño en zonas de importancia estética, como frente, pómulos o mejillas. La prolongación de la estancia hospitalaria de niños nacidos por cesárea, aumenta el riesgo de adquirir una infección nosocomial debido a la intensa exposición a microorganismos, que además son muy diversos. La información acerca del número de días promedio de estancia hospitalaria pos cesárea permite apreciar la magnitud de la exposición potencial a cepas nosocomiales. Los estudios llevados a cabo indican un promedio de entre 8.1 y 8.6 días en Turquía; 6.9 días en España; y de 3.4 días en Estados Unidos de América del Norte.

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el comportamiento de la resolución del embarazo en las adolescentes?

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial, el cual es prevenible, ya que se puede dar información veraz y oportuna que permita al adolescente asumir su sexualidad responsable y autónomamente libre de riesgos e incidir en las tasas de embarazos no deseados. El 80% de los nacimientos de madres adolescentes tienen lugar en los países en desarrollo. Hay una gran variación en las tasas de fertilidad de los adolescentes entre los diferentes países dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio. Por ejemplo, en Japón la tasa de fertilidad en mujeres entre los 15 y 19 años es de 4/1000, en México es de 82/1000 y en Mauritania es de 300/1000. Anualmente, casi un millón de adolescentes (el 10% de todas las mujeres entre 15 y 19 años son aquellas que han tenido relaciones sexuales) quedan embarazadas. Una de las causas obvias, es la tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos durante la adolescencia.

Debido a que ningún método es 100% seguro, la abstinencia la única forma prevenir el embarazo.

Las estadísticas muestran que el 24% de las chicas y el 27% de los chicos estadounidenses han tenido relaciones sexuales antes de la edad de 15 años y el porcentaje aumenta a un 66% con respecto a los adolescentes solteros que, a edad de 19 años ya tienen vida sexual activa. Todos los años 15 millones de mujeres de 20 y menores años dan a luz, estos nacimientos representan la cuarta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. En 1997, un estudio demostró que solo el 41% de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años terminan la escuela secundaria comparando con el 61% de las adolescentes con antecedentes sociales y económicos similares que no tienen hijos hasta tener 20 o 21 años de edad. Una selección de países de América Latina, un 20% a 60% de las mujeres de menores 20 años actualmente embarazadas, estos han sido no planeados o no deseados. En el 2002, alrededor del 11% de todos los nacimientos en EEUU correspondió a madres adolescentes (entre los 15 y 19 años), la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes (alrededor del 67%) corresponden a mujeres de entre los 18 y 19 años. Alrededor de 860,000 adolescentes quedan embarazadas cada año. Y alrededor 425,000 dan a luz una de cada 3 adolescentes queda embarazada antes de los 20 años de edad. En México, anualmente quedan embarazadas 700,000 mujeres menores de 20 años, 82% de estos embarazos son involuntarios.<sup>1</sup>

**OBJETIVO GENERAL:**

Determinar las vías y causas de resolución del embarazo a término en las primigestas adolescentes en el Hospital General de Ticomán.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Conocer el grupo etario más frecuente de las primigestas adolescentes.

Determinar las vías de resolución del embarazo en las primigestas adolescentes.

Identificar las causas de la cesárea en las primigestas adolescentes.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversa, a través del censo de expedientes clínicos completos de las pacientes adolescentes de 10 a 20 años, embarazadas, primigestas, atendidas en el Hospital General Ticomán, durante el período del 1° de julio al 31 de diciembre del 2002.

Para lo cual se elaboró un formato **ex profeso**, que contenía las siguientes variables: edad, vía de resolución, causa de la resolución de la cesárea.

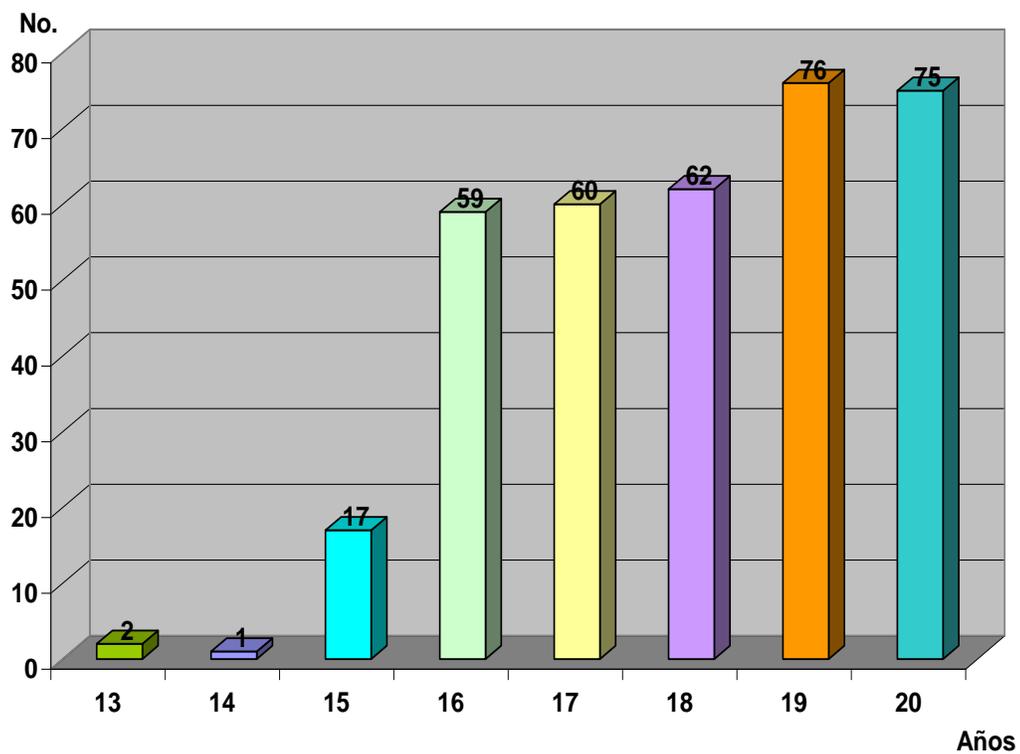
Para el procesamiento de los datos se utilizó el Programa Excel de Windows 98, realizando un análisis estadístico descriptivo: porcentajes, media desviación estándar. Presentando los resultados en tablas y figuras.

De acuerdo al *aspecto bioético* es una investigación **sin riesgo**.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 352 expedientes de pacientes primigestas adolescentes, durante los 6 meses de estudio. Con una edad media de  $16.1 \pm 2.29$  años y un rango de 13 a 20. En la fig. 1 se observa que el grupos más afectados fueron los de 19 y 20 años con un 21.6 y 21.3 por ciento respectivamente.

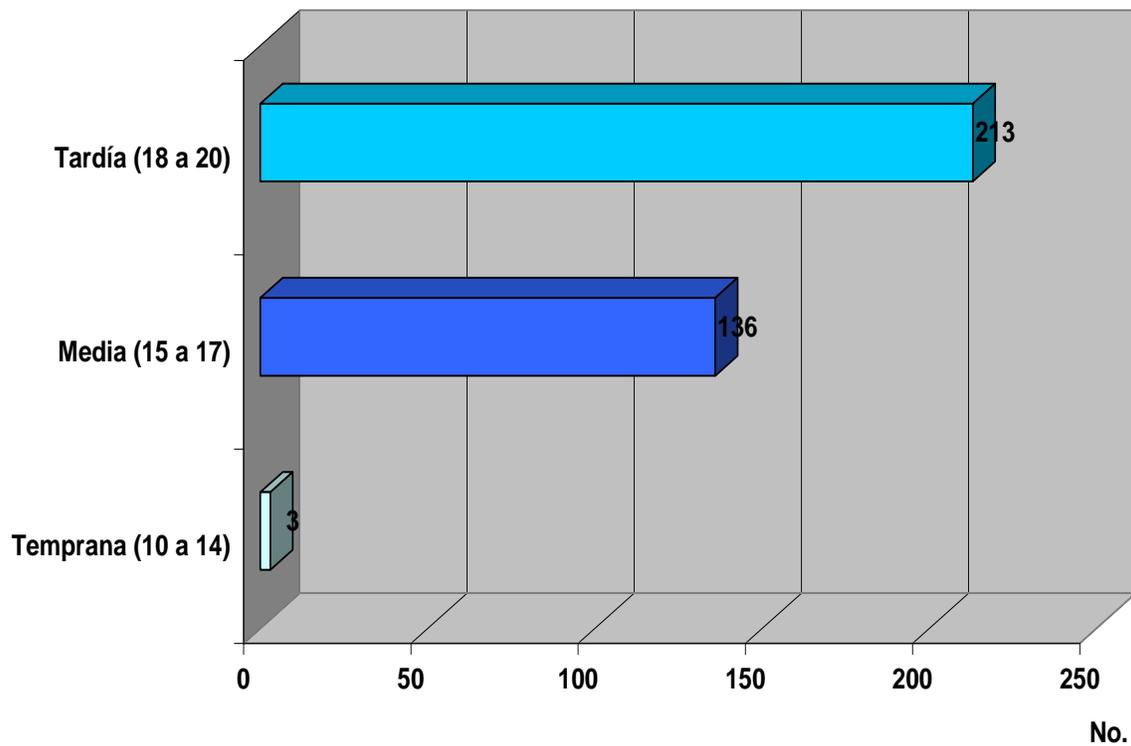
**Fig. 1 Edad de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General Ticomán**



Fuente.- Archivo clínico - Julio-Diciembre 2002.

De acuerdo a la clasificación de la adolescencia en temprana, media y tardía, se reporta en la fig. 2 que el grupo mayor fue el de la adolescencia tardía con un 60.5% (213 pacientes).

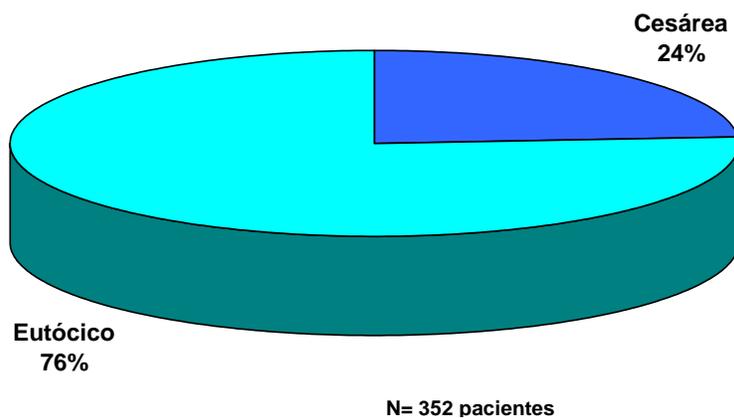
**Fig. 2 Comportamiento de las adolescentes embarazadas según clasificación**



Fuente.- Archivo clínico del Hospital General Ticomán - Julio-Diciembre 2002.

De acuerdo a la vía de resolución del embarazo se obtuvo que el 24% (86 pacientes) fue por operación cesárea y el 76% (266 pacientes) por parto eutócico, fig. 3.

**Fig. 3 Resolución del embarazo en las adolescentes**



Fuente.- >Archivo clínico del Hospital General Ticomán - Julio- Diciembre 2002.

En el cuadro I se describen las indicaciones de la operación cesárea, en donde se destaca que la principal causa es la desproporción céfalo – pélvica con un 39.5% (34 pacientes).

De acuerdo a la indicación de la operación cesárea fue en el 56.9% (49 casos) y por causa fetal 43.1% (37 casos), fig. 4.

**Cuadro I Indicaciones de operación cesárea en adolescentes embarazadas**

<b>INDICACIÓN DE CESÁREA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Desproporción céfalo-pélvica	34	39.5
Sufrimiento fetal agudo	12	13.9
Baja reserva fetal	9	10.4
Pre eclampsia leve	5	5.8
Pre eclampsia severa	5	5.8
Compromiso funicular	4	4.6
Ruptura prematura de membranas	3	3.5
Trabajo de parto no progresivo	3	3.5
Presentación pélvica	3	3.5
Embarazo gemelar	2	2.3
Cérvix desfavorable para la inductoconducción	1	1.2
Oligohidramnios	1	1.2
Polisistolia	1	1.2
Placenta previa	1	1.2
Desprendimiento de placenta normalmente inserta	1	1.2
Hipo motilidad fetal	1	1.2
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

## DISCUSIÓN

Contrario a lo que se encontró en la revisión bibliográfica, en donde la vía de resolución del embarazo en adolescentes es con mayor frecuencia la cesárea, que podría deberse a inmadurez o incompleto desarrollo del canal de parto, así como menor talla marteña (17), en nuestro estudio el porcentaje de cesáreas fue más alto para el parto eutócico 64% que la cesárea en primigestas adolescentes de 24%, la edad de la paciente no influyó en la indicación de la cesárea, lo que es una práctica clínica correcta.

Por otra parte existen algunas otras bibliografías donde refieren menor porcentaje de cesáreas en las madres adolescentes, hasta de un 16.3%, en comparación con el índice general de 23% (16). Finalmente la edad no es una indicación absoluta ni relativa de cesárea, y dado que se ha encontrado que las complicaciones en partos o cesárea en las adolescentes se relacionan más con sus condiciones de nutrición, de salud, de atención prenatal, y el contexto social y familiar en que viven, deberemos mantener la postura clínica de valorar cuidadosamente a las paciente adolescentes evitando procedimientos quirúrgicos innecesarios solo por el hecho de serlo

Se obtuvo una muestra de 352 pacientes, de pacientes primigestas adolescentes, durante los 6 meses de estudio. Con una edad media de  $16.1 \pm 2.29$  años y un rango de 13 a 20. Se observa que el grupos más afectados fueron los de 19 y 20 años con un 21.6 y 21.3 por ciento respectivamente.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados, la adolescente embarazada que es atendida en el Hospital General Ticomán tiene en su mayoría 19 o 20 años, que cuando se resuelve el embarazo por vía abdominal (cesárea); las causas principalmente son: desproporción céfalo – pélvica, sufrimiento fetal agudo, baja reserva fetal, preclamsia leve y severa.

En este estudio el ser primigesta adolescente no fue un factor de riesgo para la resolución del embarazo vía abdominal. Desde el punto de vista clínico, primigesta adolescente no se debe considerar como elemento único para decidir una cesárea, si no las demás indicaciones y factores de manera individual para cada paciente, sea primigesta adolescente o no.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, complejo y multifactorial. Se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para su hijo, requiriendo cuidados especiales por parte de un equipo multidisciplinario.

## RECOMENDACIONES

Para los servicios de salud, es importante tomar en cuenta el aumento del grupo etéreo aquí presentado: adolescentes de 13 a 20 años, para las cuales se requiere ampliar los servicios de información y de control prenatal, mismos que permitan anticipar los riesgos para la madre y el neonato.

Implementando programas de sexualidad y anticoncepción en las instituciones educativas desde nivel medio (secundaria).

Implementando talleres en donde interactúen padres e hijos para fomentar la comunicación acerca de la Salud Reproductiva.

Trabajar en conjunto con las instituciones de salud para reforzar los conocimientos de los adolescentes sobre la utilización de los métodos anticonceptivos.

Que los padres apoyen a la adolescente con el neonato, pero no convirtiéndose en padres del mismo, sino para apoyo de la adolescente para continuar y no trunque su educación profesional o laboral, haciéndola responsable de sus actos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa MA, Anzures LB. Adolescentes embarazadas. Rev. Del Hospital General de México, Jul-Sep. 2001, 64(3), pp 167-174.
2. Campos R, María PF. Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. Rev. Hospital General Dr., Gea González, Abril-Junio 2000,3(2), pp56-59.
3. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de uso módicamente justificado. Rev. Gaceta Médica de México, 2002, 138(4), pp 357-363
4. Juárez OSJ, Fajardo GA, Pérez PG, Guerrero MRG, Gómez DA. Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante el periodo 1991-1995. Rev. Ginecología y Obstetricia de México, 1999; 67(7), pp 308-318.
5. Torres RA, Coria SIL, Zambrana M, Lara RR. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas. Rev. Ginecología y Obstetricia de México 1999; 67(7): pp 377-384.
6. López GR, Anaya GM. Mortalidad materna en México Distrito Federal, con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. Rev. Cirugía y Cirujanos. 2002, 70(1), pp 40-49.
7. Grifos J., "Adolescentfertility: a validWorldpopulationconcern?", resumen tomado de Popline, Base de datos en CD-ROM, Johns Hopkins University, Baltimore, 1997.
8. Mondragón Fragoso, et al, "La fecundidad en la adolescencia", en Popline, op. cit. The Alan Guttmacher Institute, "Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide, en Issues in Brief, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1996.

9. Ahued-Ahued JR, Lira PJ, Assad SL. La adolescente embarazada, un problema de salud pública. Rev. Cirugía y Cirujanos. 2001: 699:pp300-303.
10. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, citada en Stern, Claudio, "El embarazo en la adolescencia", Rev. Salud Pública de México, 39(2), marzo-abril, 1997.
11. Espinosa M.A. Anzures L.B. Embarazo en adolescentes. Rev. Hospital General de México, 62(3), Jul – Sep. 1999: pp210-215.
12. García e, Bravo R, Mondragón MT y colaboradores. Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros, Rev. Ginecología Obstetricia de México. 19(49), pp343-57.
13. Infesta G. Las adolescentes frente a la maternidad. En: La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 1996:267-81.
14. United Nations Population Fund. UNFPA and adolescents. New York, NY: UNFPA, 1997.
15. Weltiz C. La fecundidad adolescente en México. En: Muñoz H. Ed. Población y sociedad en México. México, DF: Porrúa- UNAM, 1992: 55-79.
16. Pérez J. Cesárea en adolescentes: Morbilidad maternal y perinatal. Revista cubana Obstetricia y Ginecología. La Habana, Cuba. P. 22.
17. Guzmán V. (2001). Talla baja como factor de riesgo de cesárea. Ginecología y Obstetricia, Vol. 47-N.2. México, D.F. P- 117 – 120.