

Vía de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas

Ángel Ávalos Guerrero,* Mauricio Pichardo Cuevas,** Jacqueline Rosales Lucio,***
Alán González Velázquez,* Nilson Agustín Contreras Carreto****

RESUMEN

Introducción. Se conoce como adolescencia al periodo comprendido entre los 10-19 años de edad. En ese periodo el individuo adquiere la capacidad reproductiva. En México, la incidencia de embarazo en adolescentes es aproximadamente de 18%, perfilándose como un serio problema de salud pública, debido a que presenta una morbilidad más elevada en cuanto se es más joven. **Objetivo.** Determinar la vía más frecuente de resolución del embarazo en una muestra de mujeres adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud; México, D.F. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico realizado del 1 de enero al 31 de mayo de 2012 en pacientes con resolución obstétrica en nuestra institución. **Resultados.** Se obtuvo una muestra de 587 pacientes, edad 17.32 ± 1.6 años, 2.0% (n = 12) de 10-13 años, 24.2% (n = 142) 14-16 años y, 73.8% (n = 433) 17-19 años. El 60.3% (n = 354) se resolvió por parto y 39.7% (n = 233) por cesárea. Se obtuvieron 591 recién nacidos vivos y cuatro óbitos; 45% (n = 270) mujeres y 54.6% (n = 325) hombres. Peso de 2906.55 ± 527.50 g. Semanas de gestación 38.34 ± 2.07 . Apgar minuto 1: 7.77 ± 1.02 minutos, minuto 5: 8.80 ± 0.91 minutos. **Conclusiones.** 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.

Palabras clave. Embarazo en la adolescencia. Resolución obstétrica. Parto. Cesárea.

ABSTRACT

Introduction. Adolescence is the period between 10 to 19 years old. During this period, the adolescent acquires reproductive capacity. In Mexico, the incidence of teenage pregnancy is about 18%, emerging as a serious public health problem. **Objective.** Determine the most frequent resolution of pregnancy in a sample of female adolescents at the Women's Hospital, Health Secretary, Mexico City. **Material and methods.** A retrospective, descriptive and observational study from 1 January to 31 May 2012 in patients with obstetric resolution at our institution. **Results.** Sample of 587 patients, aged 17.32 ± 1.6 years, 2.0% (n = 12) were 10-13 years, 24.2% (n = 142) 14-16 years, 73.8% (n = 433) 17-19 years. Delivery 60.3% (n = 354) and cesarean section 39.7% and (n = 233). We obtained 591 live newborns and 4 deaths, 45.4% (n = 270) women and 54.6% (n = 325) men. Weight 2906.55 ± 527.50 g. Weeks of gestation 38.34 ± 2.07 . Apgar minute score 7.77 ± 1.02 , five minute 8.80 ± 0.91 minutes. **Conclusions.** Pregnancy in the adolescent period is a public health problem, as well as a complex and multifactorial pathology; it is associated with biological, psychological and social consequences which affects the mother and her child and require special care by a multidisciplinary team.

Key words. Pregnancy in adolescence. Obstetric resolution. Delivery. Caesarean section.

INTRODUCCIÓN

En la literatura internacional existe una amplia variabilidad en la incidencia de embarazo durante la adolescencia.^{1,2} La tasa de natalidad en mujeres de 15-19 años

alcanza 10% en Estados Unidos de América y 4% en Europa Occidental y Japón.¹⁻⁴ En nuestro país en el 2010, según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), su incidencia alcanzó 18.8%, siendo la más baja para el Distrito Federal con 16.5% y la más

* Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud; México, D.F.

** Dirección General. Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud; México, D.F.

*** Servicio de Embarazo de Alto Riesgo. Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud; México, D.F.

**** Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud; México, D.F.

Correspondencia:

Mtro. Nilson Agustín Contreras-Carreto.

Jefatura de Medicina Interna. Hospital de la Mujer. 1er. piso.

Prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374. Col. Santo Tomás. Deleg. Miguel Hidalgo. C.P. 11340. México, D.F.

Correo electrónico: medicinainterna_hmujer@yahoo.com.mx

alta para el estado de Chihuahua con 23.0%.⁵ Estas cifras nos hacen inferir que, en el caso de los adolescentes, las políticas públicas en planificación familiar no han tenido un gran impacto y sigue registrándose un aumento en su incidencia.^{3,4,6-8} En 2010, el INEGI reportó una población de 57,481,307 mujeres, de las cuales 10,898,315 eran adolescentes; produciéndose aproximadamente 400,000 nacimientos/año en este rubro.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Mexicana de Pediatría (AMP), al igual que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), definen a la adolescencia como el periodo en que el individuo se encuentra entre los 10-19 años de edad.^{5,9-12} En esta etapa de la vida se producen los procesos de maduración biológica, reproductiva, psíquica y social de un individuo, permitiéndole a las personas alcanzar la madurez o la etapa adulta, incorporándose en forma plena a la sociedad.¹⁰

De modo tradicional se clasifica a la adolescencia en tres fases o sub-etapas (como un continuo progresivo de maduración biológica, intelectual, psicosocial y sexual).^{5,6,10,13} Estas etapas son:

- Adolescencia temprana o inicial: 10-13 años.
- Adolescencia media: 14-16 años.
- Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años.

Si bien la adolescencia es un periodo biológico delimitado de modo arbitrario, debe usarse este concepto de modo referencial, debido a que los adolescentes no son un grupo homogéneo y existe una amplia variabilidad biológica, emocional y sociocultural.¹⁰

El embarazo en la adolescencia es definido como todo aquel embarazo que se presenta en mujeres entre los 10-19 años de edad. Dicho embarazo puede ser adverso para la adolescente, impactando su maduración psicoafectiva, sociocultural y biológica.^{5,8} Debido a su incidencia, se ha convertido en un verdadero problema de salud pública en países en vías de desarrollo.^{1,2,14} La OMS lo ha señalado como una prioridad en salud, ya que el embarazo en la adolescencia puede conllevar a graves repercusiones en la salud materno-fetal. En este rubro se enfatiza la necesidad de establecer programas de planificación familiar efectivos y eficientes para prevenirlo.^{4,12,15,16}

La adolescente embarazada debe enfrentar una gran cantidad de problemas entre los que se mencionan:^{5,6,16}

- Aceptación o rechazo de su embarazo.
- Riesgo de salud física en el binomio madre-hijo.
- Dependencia económica de la familia.
- Angustia sobre la crianza.

- Desaprobación social.
- Ausencia y/o dificultad para lograr un hogar estable.
- Pérdida de la oportunidad de desarrollo integral.
- Dificultad para mejorar su nivel educativo y alcanzar sus aspiraciones.

Esta problemática tiene mayor incidencia en niveles socio-económicos bajos, por lo que es necesario concientizar en una adecuada educación sexual, orientación sobre métodos de planificación familiar y enfatizar en la posibilidad de postergar las relaciones sexuales (si es su decisión) para evitar embarazos no planeados.^{5,6,16,17}

Se conoce que las embarazadas adolescentes, en especial el grupo menores a 15 años, tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica. Las complicaciones más frecuentes son hemorragia del primer trimestre, aborto espontáneo, preeclampsia-eclampsia, desproporción céfalo pélvica (DCP), distocias, parto pretérmino e infecciones urinarias o vaginales. Estas pacientes tienen más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral, dependencia económica, y de establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos. En ellos se ha descrito mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, y malformaciones congénitas. También se ha descrito abuso y/o negligencia parental y problemas conductuales asociados a bajo rendimiento en la etapa preescolar.^{3,4,6,16,18-20}

OBJETIVO

Determinar la vía más frecuente de resolución del embarazo en una muestra de mujeres adolescentes atendidas en el Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud; México, D.F.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado del 1 de enero al 31 de mayo del 2012 en pacientes que tuvieron su resolución obstétrica en nuestro hospital. Se excluyeron del estudio a aquellas pacientes que no tuvieron la resolución obstétrica en nuestra institución y expediente clínico incompleto para las variables seleccionadas.

VARIABLES

a) Sociodemográficas:

- Edad:

- 10-13 años.
- 14-16 años.
- 17-19 años.

- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Lugar de residencia.

b) Ginecoobstétricas:

- Menarca.
- Inicio de vida sexual (IVS).
- Antecedente de parejas sexuales.
- Embarazos:
 - Gesta.
 - Parto.
 - Cesárea.
 - Aborto.
 - Ectópico.
- Control prenatal e inicio del mismo.
- Adicciones.
- Morbilidades asociadas a la madre.
- Tipo de resolución (parto, cesárea).
- Edad gestacional (obtenida por Capurro):²¹
 - 28 a < 37 SDG.
 - 37 a 41 SDG.
 - ≥ 42 SDG.
- Complicaciones posteriores a la resolución obstétrica:

c) Perinatales:

- Apgar al minuto 1 y minuto 5.
- Peso:²¹
 - 500-999 g.
 - 1,000-2,499 g.
 - 2,500-3,499 g.
 - ≥ 3,500 g.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 587 pacientes. La incidencia de embarazo en adolescentes fue de 13.0%, con una

prevalencia de 131/1000 embarazos. Edad 17.32 ± 1.6 años, rango 12-19 años; 2.0% (n = 12) eran de 10-13 años; 24.2% (n = 142) de 14-16 años; 73.8% (n = 433) de 17-19 años. Casadas 10.2% (n = 60), unión libre 60.6% (n = 356), solteras 29.2% (n = 171). Residentes del Distrito Federal 63.9% (n = 375), del Estado de México 35.9% (n = 211), Puebla 0.2% (n = 1). 74.6% (n = 438) eran amas de casa, 14.8% (n = 87) estudiantes, 4.9% (n = 29) comerciantes, 5.1% (n = 30) se dedicaban a actividades administrativas, 0.5% (n = 3) auxiliar doméstica. El 21.5% (n = 126) tenía estudios de primaria, 68.5% (n = 402) secundaria, 10.1% (n = 59) bachillerato. Primigestas 80.9% (n = 475), secundigestas 15.3% (n = 90), multigestas 3.7% (n = 22). Nulíparas 37.8% (n = 222), primíparas 53.2% (n = 312), multíparas 9.0% (n = 53). Antecedente de una cesárea 3.1% (n = 18), dos o más 0.5% (n = 3). Antecedente de un aborto 5.1% (n = 30), dos o más 0.3% (n = 2). Menarca 12.23 ± 1.49 años, rango 8-16 años. Inicio de vida sexual 15.59 ± 1.59 años, rango 11-19 años. Parejas sexuales 1.50 ± 1.04 , rango 1-12 parejas sexuales, una pareja sexual 70.9% (n = 416), dos 17.0% (n = 100), tres 7.2% (n = 42) cuatro o más 5.1% (n = 8). Pacientes con control prenatal adecuado 73.6% (n = 432). El 70.4% (n = 403) lo inició en el primer trimestre, 13.6% (n = 80) segundo trimestre, 16.0% (n = 94) tercer trimestre. Consumo de alcohol durante el embarazo 0.9% (n = 5), tabaco 2.2% (n = 13), marihuana 0.3% (n = 2), alcohol + tabaco 0.5% (n = 3).

Morbilidad durante el primer trimestre: 1.0% (n = 6) cervicovaginitis, 0.9% (n = 5) infección de vías urinarias (IVU), 0.9% (n = 5) condilomatosis vulvar, 0.7% (n = 4) epilepsia, 0.3% (n = 2) infección por virus del papiloma humano (VPH), 0.2% (n = 1) diabetes mellitus tipo 2, 0.2% (n = 1) anemia microcítica hipocrómica, 0.2% (n = 1) hipertiroidismo, 0.2% (n = 1) desnutrición, 0.2% (n = 1) agudización de asma bronquial. Segundo trimestre: 6.8% (n = 40) IVU, 5.3% (n = 31) cervicovaginitis, 3.1% (n = 18) amenaza de parto pretérmino, 0.9% (n = 5) hipertensión gestacional, 0.7% (n = 4) diabetes gestacional, 0.7% (n = 4) trombocitopenia gestacional, 0.5% (n = 3) anemia microcítica hipocrómica, 0.5% (n = 3) ruptura prematura de membranas (RPM), 0.3% (n = 2) infección de vías respiratorias altas, 0.2% (n = 1) intolerancia a los carbohidratos (ICHO), 0.2% (n = 1) infección por VPH, 0.2% (n = 1) varicela. Tercer Trimestre: 7.7% (n = 45) oligohidramnios, 5.6% (n = 33) ruptura prematura de membranas (RPM), 6.1% (n = 36) IVU, 5.1% (n = 30) cervicovaginitis, 4.8% (n = 28) preeclampsia severa, 3.6% (n = 21) amenaza de parto pretérmino (APP), 3.6% (n = 21)

anemia microcítica hipocrómica, 1.5% (n = 9) hipertensión gestacional, 1.4% (n = 8) trombocitopenia gestacional, 1.2% (n = 7) preeclampsia leve, 0.7% (n = 4) diabetes gestacional, 0.7% (n = 4) infección por molusco contagioso, 0.5% (n = 3) polihidramnios, 0.5% (n = 3), infección de vías respiratorias altas, 0.5% (n = 3) eclampsia, 0.3% (n = 2) desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), 0.3% (n = 2) co-riamnioítis, 0.2% (n = 1) placenta previa total, 0.2% (n = 1) apendicitis, 0.2% (n = 1) síndrome de HELLP. Resolución obstétrica por parto 60.3% (n = 354) y por cesárea 39.7% (n = 233) (Figura 1). Motivo de cesárea: sufrimiento fetal agudo (SFA) 17.6% (n = 41), oligo/anhidramnios 12.9% (n = 30), preeclampsia severa 12.0% (n = 28), presentación pélvica 10.7% (n = 25), desproporción cefalopélvica (DCP) 9.4% (n = 22), an-

tecedente de una o más cesáreas (iterativa) 9.0% (n = 21), falta de progresión del trabajo de parto 8.6% (n = 20), embarazo gemelar 3.4% (n = 8), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) 2.6% (n = 6), cérvix no apto para inducto-conducción 2.6% (n = 6), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) 1.7% (n = 4), embarazo prolongado 1.7% (n = 4), condilomatosis genital 0.9% (n = 2), prolapso de cordón umbilical 0.9% (n = 2). Complicaciones posresolución obstétrica: desgarro perineal de primer grado 6.8% (n = 40), segundo grado 1.9% (n = 11), tercer grado 2.0% (n = 12), cuarto grado 0.2% (n = 1), desgarro de cérvix 2.5% (n = 15), hemorragia 500-1000 mL 1.9% (n = 11), 1,000-1,500 mL 0.7% (n = 4), 1,500-2,000 mL 0.3% (n = 2), hemorragia > 2,000 mL 0.3% (n = 2), retención de restos placentarios 0.3% (n = 2), prolongación de histerotomía 0.3% (n = 2), inversión uterina 0.2% (n = 1), hipotonía uterina 3.9% (n = 23), atonía uterina 0.2% (n = 1), histerectomía obstétrica 0.2% (n = 1) (Figura 2).

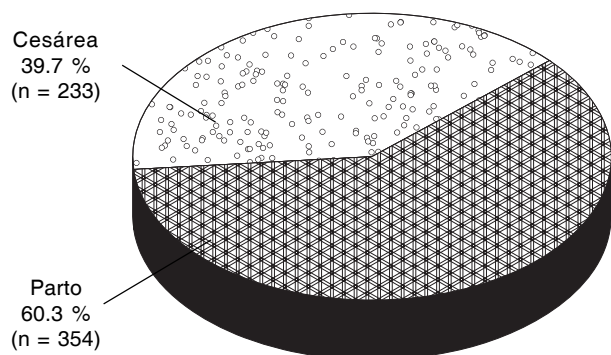


Figura 1. Resolución obstétrica de pacientes adolescentes.

Se obtuvieron 591 recién nacidos vivos, cuatro óbitos; 45.4% (n = 270) mujeres, 54.6% (n = 325) hombres. Edad gestacional: 37.56 ± 0.83 , rango 28-42 SDG; 28 < 37 SDG, 12.8% (n = 76), 37-41 SDG 86.5% (n = 515), ≥ 42 SDG 0.7% (n = 4). Apgar minuto 1: 7.77 ± 1.02 puntos, rango 3-9 puntos; minuto 5: 8.80 ± 0.91 puntos, rango entre 6-9 puntos. Peso al nacer 2906.55 ± 527.5 g, rango 700-4,770 g; 500-999 g. 0.2% (n = 1); 1,000-2,499 g. 18.3% (n = 109); 2,500-3,499 g. 72.4% (n = 431); $\geq 3,500$ g. 9.1% (n = 54).

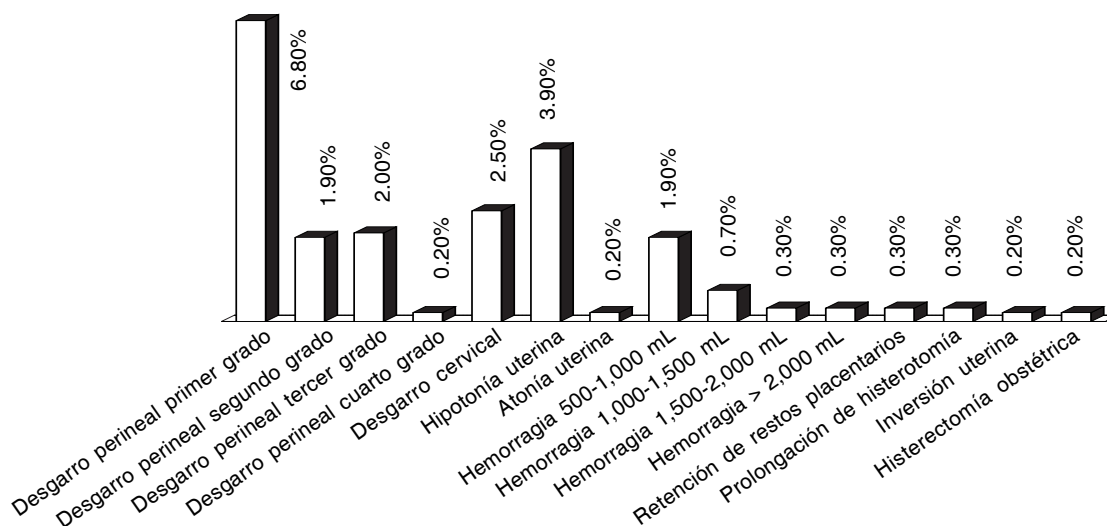


Figura 2. Principales complicaciones de la resolución obstétrica en adolescentes embarazadas.

DISCUSIÓN

El embarazo en la mujer adolescente es un serio problema de salud pública. Su frecuencia muestra un claro aumento en todo el mundo. En nuestro estudio se observó una incidencia de 13.0%, cifra mayor a la reportada por Fernández¹¹ en el IMSS-Distrito Federal en 2005 (9.6-10.8%). La mayor incidencia de embarazo adolescente fue en la etapa de adolescencia tardía con 73.8%, similar a lo reportado en otros estudios.^{4,13,22} La UNICEF señala un IVS para América Latina y el Caribe antes de los 15 años con una incidencia de 22%; específicamente en el caso de México entre 14-16 años.^{14,23} En nuestro estudio

Tabla 1. Análisis de las variables en una muestra de adolescentes embarazadas.

Variables	Resultados
Edad	17.32 ± 1.6
10-13 años	2.0% (n = 12)
14-16 años	24.2% (n = 142)
17-19 años	73.8% (n = 433)
Estado civil	
Casadas	10.2% (n = 60)
Unión libre	60.6% (n = 356)
Solteras	29.2% (n = 171)
Escolaridad	
Primaria	21.5% (n = 126)
Secundaria	68.5% (n = 402)
Bachillerato	10.1% (n = 59)
Menarca	12.23 ± 1.49
IVS	15.59 ± 1.59
Parejas sexuales	1.50 ± 1.04
Inicio del control prenatal	
1 ^{er} trimestre	70.4%
2 ^{do} trimestre	13.6%
3 ^{er} trimestre	16.0%
Edad gestacional	37.56 ± 0.83
28-<37 SDG	12.8% (n = 76)
37-41 SDG	86.5% (n = 515)
≥ 42 SDG	0.7% (n = 4)
Peso al nacer	2906.55 ± 527.5
500-999 g	0.2% (n=1)
1,000-2,499 g	18.3% (n=109)
2,500-3,499g	72.4% (n=431)
≥ 3,500g.	9.1% (n=54)
Apgar minuto 1	7.77 ± 1.02
Apgar minuto 5	8.80 ± 0.91

IVS: inicio de vida sexual. SDG: semanas de gestación. Apgar: appearance, pulse, grimace, activity, respiration.

se observó un IVS 15.59 ± 1.59 años, acorde a lo reportado a nivel nacional e internacional. El inicio temprano de las relaciones sexuales es multifactorial y podría deberse en algunos casos a violación o incesto;⁹ además, cuando los adolescentes inician relaciones sexuales, lo hacen sin un método anticonceptivo y si lo llegan a usar, con frecuencia es de manera incorrecta. Ello puede impactar en el incrementando no sólo del número de embarazos no planeados, sino también en la incidencia de infecciones de transmisión sexual.

El nivel educativo también se ha relacionado con menor asertividad en salud sexual y reproductiva,^{13,24,25} en nuestro estudio sólo 10.1% tenían estudios de nivel medio superior.

Otro de los aspectos mencionados por diversos autores es la dependencia económica que esta problemática conlleva.^{7,23,25} En este estudio 74.6% de las adolescentes fue ama de casa.

El control prenatal es un factor fundamental para abatir la morbimortalidad materno-perinatal. En esta muestra, únicamente el 73.6% tuvo un control prenatal adecuado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 y, sólo el 70.4% lo inició en el primer trimestre. Estos resultados nos enfatizan a elevar la cultura de prevención en las pacientes así como a redoblar esfuerzos por parte del personal de salud (Tabla 1). También es importante resaltar el consumo de sustancias adictivas como lo es el alcohol 0.9%, tabaco 2.2% y marihuana 0.3%, lo cual puede impactar en los resultados perinatales adversos.

En la literatura internacional se menciona una incidencia de infecciones cervicovaginales y urinarias hasta de 20%,^{7,23,25} nuestra incidencia alcanzó 13.8%, menor a lo reportado por otros autores. En general, la morbilidad encontrada en nuestro estudio es similar a lo reportado en otros centros hospitalarios.

En cuanto a la vía de resolución obstétrica, en nuestro estudio 60.3% fueron partos y 39.7% cesáreas; cifras muy similares a lo reportado a nivel internacional para este grupo de pacientes.^{7,23,25} La incidencia de DCP como causa de cesárea varía de acuerdo a los diferentes centros hospitalarios que reportan, alcanzando hasta el 20%. En nuestro estudio, la DCP fue de 9.4%, reportándose como primera causa de cesárea el SFA con 17.6%. Sin embargo, esta incidencia inferior a lo reportado, puede deberse a una menor descripción detallada en las historias clínicas donde la falta de progresión del trabajo de parto (u otras causas) fuese secundaria a DCP.

De los 595 productos, 591 nacieron vivos y hubo cuatro óbitos; estos últimos, hijos de madres sin control pre-

natal adecuado, atendidos en otras instituciones y en nuestra institución en el último trimestre de la gestación. Ello remarca la importancia de una captación temprana y una atención prenatal adecuada. En Estados Unidos de América, la incidencia de recién nacidos pretérmino en adolescentes alcanza el 11%, en México se reporta alrededor del 12-13%,^{7,23,25} nuestros resultados son similares con una incidencia de 12.8%.

Dentro de las complicaciones más frecuentes asociadas a la resolución obstétrica se encuentran los desgarros perineales (10.9% total 1° al 4° grado) y la hipotonía/atonía uterina (4.1%), ambas relacionadas con la hemorragia posparto, sólo una paciente (0.2%) cursó con atonía uterina que finalizó en histerectomía obstétrica, lo cual impacta gravemente y de modo definitivo la capacidad reproductiva de la paciente. La incidencia reportada de estas patologías es muy variable de acuerdo con el centro que reporta, 15-30% para desgarros perineales y de 0.5-1.0% hipotonía/atonía uterina,^{7,23,25} en nuestro estudio fue menor la incidencia de desgarro perineal pero mayor en cuanto a hipotonía/atonía uterina.

CONCLUSIONES

El embarazo en la paciente adolescente es un evento complejo y multifactorial que debemos atender con programas de educación sexual y reproductiva eficaces y eficientes. Su presencia incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo. Se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo, requiriendo cuidados especiales por parte de un equipo multidisciplinario. En nuestro estudio se encontró una incidencia mayor de embarazo adolescente comparado con otros centros a nivel nacional, más frecuente en la adolescencia tardía. De igual manera, la vía de resolución del embarazo y su morbilidad es similar a lo reportado en otros centros a nivel nacional e internacional.

ABREVIATURAS

- **AMP:** Asociación Mexicana de Pediatría
- **APP:** amenaza de parto pre-término
- **DCP:** desproporción céfalo pélvica
- **DPPNI:** desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta
- **HELLP:** por sus siglas en inglés Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count
- **ICHO:** intolerancia a los carbohidratos

- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- **IVS:** inicio de vida sexual
- **IVU:** infección de vías urinarias
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **RCIU:** Restricción del crecimiento intrauterino
- **RPM:** ruptura prematura de membranas
- **SDG:** semanas de gestación
- **SFA:** sufrimiento fetal agudo
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
- **VPH:** virus del papiloma humano

REFERENCIAS

1. Vázquez PE, Rojo QAR. Complicaciones del embarazo en adolescentes y en mayores de 20 años. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2000; 17: 36-42.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Adolescencia: Una etapa fundamental. Nueva York, EEUU: 2002. Publicación online consultada el 29 de junio de 2012 y disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf
3. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74: 151-8.
4. Alonso URM, Campo GA, González HA, Rodríguez AB, Medina VL. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21: 1-7.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Hombres y mujeres en México 2011. Publicación online consultada el 20 de junio de 2012 y disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/myh2011.pdf
6. Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. *Informe Médico* 2008; 10: 203-10.
7. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B; Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics* 2012; 129: 1228-37.
8. León MF, León S. Embarazo en adolescentes. Educación sexual: Coadyuvante de la prevención. *Informe Médico* 2005; 7: 175-6.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la Infancia. La adolescencia: Una época de oportunidades. Nueva York, EEUU: 2011. Publicación online consultada el 30 de julio de 2012 y disponible en: http://www.unicef.org/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
10. Díaz FEC. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 100-10.
11. Fernández CSB. El IMSS en cifras. La salud de los adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46: 91-100.
12. Molina CR, González AE. Teenage pregnancy. *Endocr Dev* 2012; 22: 302-31.
13. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescentes. *Rev Per Ginecol Obstet* 2006; 52: 118-23.

14. Ibarra CJE, Calderón MME, Rivas MEE. Mortalidad perinatal, prematuridad y peso bajo al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59: 706-12.
15. Ayala BJ, Herrera AMJ, Martínez LY, Terrones GA, Perales AP. Resultado obstétrico y perinatal en la paciente adolescente embarazada. *Salud Dgo* 2000; 1: 27-31.
16. Scholl TO. Adolescent pregnancy: an overview in developed and developing nations. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 193-200.
17. Doblado DNI, De la Rosa BI, Junco MA. Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2010; 36: 409-21.
18. Furzán JA, Yuburí A, Eizaga S, García-Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gac Méd Caracas* 2010; 118: 119-26.
19. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 2012; 23: 123-38.
20. Acevedo MMM, Gómez AD, Arbelo LD, Rodríguez TI. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el hogar materno municipal Tamara Bunke. *Medisan* 2010; 14: 976-81.
21. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicación en línea consultada el 19 de junio de 2012 y disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
22. Huanco AD y cols. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77: 122-8.
23. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67: 481-7.
24. Mustelie DR, Barquie MV, Ferrer BLM, Padró ER. Algunos factores epidemiológicos y perinatales en embarazadas adolescentes. *MEDISAN* 1997; 1: 9-13.
25. Kuyumcuoglu U, Guzel AI, Celik Y. Comparison of the risk factors for adverse perinatal outcomes in adolescent age pregnancies and advanced age pregnancies. *Ginekol Pol* 2012; 83: 33-7.