

Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México

Dr. Roberto Carlos Ortiz Villalobos, Dr. Alberto Bañuelos Franco, Dr. Raymundo Felipe Serrano Enríquez, M. Sc. Martha Leticia Mejía Mendoza, M. Sc. Jorge Laureano Eugenio

Secretaría de Salud Jalisco y Universidad de Guadalajara, Jalisco. México.

RESUMEN

Introducción: la adolescencia es una etapa vulnerable de la vida. La presencia de un embarazo ha sido motivo de estudio por sus implicaciones biológicas, psicológicas y socio-culturales.

Objetivos: analizar el perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México desde 2008 hasta 2012.

Métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se analizaron variables de la madre y el recién nacido en certificados de nacimiento de adolescentes atendidas desde 2008 hasta 2012 en el Hospital General de Occidente. Procesamiento de datos en Epi Info 7, y se realizó un análisis descriptivo al calcular frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: del total de embarazadas atendidas en el hospital durante el periodo de estudio; 25,13 % eran adolescentes; la media de edad fue 17,45; 96,81 % estaban dedicadas al hogar; 68,69 % vivían en unión libre con su pareja; 27,3 % tenían estudios de primaria o menos y 97,17 % afiliadas al seguro popular. El 6,60 % no llevó control prenatal; la media del total de consultas fue 5,6; el 26,46 % fueron cesáreas; 0,68 % de los recién nacidos obtuvo un apgar de 7 o menos; 4,63 % con edad gestacional de 35 semanas o menos; 1,34 % peso muy bajo y 0,54 % alguna malformación congénita.

Conclusiones: la atención de adolescentes embarazadas es persistente y con cifras similares en los últimos 5 años. Se encuentran similitudes en el perfil obstétrico y neonatal con investigaciones de México y Latinoamérica. Es necesario crear enfocadas en la mejora del acceso a la atención del embarazo y parto; y además, en la disminución de embarazos en estas edades.

Palabras clave: adolescente, embarazo, parto, control prenatal.

INTRODUCCIÓN

Se estima que 16 millones de adolescentes, entre 15 y 19 años de edad, dan a luz cada año, lo que representa 11 % de todos los nacimientos en el mundo. Este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en países sub-desarrollados, asociado a las condiciones socioculturales y económicas donde las madres adolescentes desarrollan sus vidas. Además, la mayor proporción de adolescentes sexualmente activos en estos países condiciona la presencia del embarazo a esta edad.¹⁻³

Respecto a las afectaciones por el embarazo en este grupo etáreo, se ha descrito que las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos, es aproximadamente 50 % superior. Otras investigaciones refieren un aumento en la presencia de anemia, infecciones del tracto urinario, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso, complicaciones en el parto y mayor probabilidad de malformaciones en el recién nacido.^{1,4}

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 encontró que del total de mujeres de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, 51,9 % refirió que alguna vez ha estado embarazada. Al momento de la entrevista, 10,7 %, estaban embarazadas, y planteaban la necesidad de realizar acciones que incidieran en la prevención del embarazo en adolescentes por sus implicaciones biológicas, psicológicas y socio-culturales en sus vida.⁵

En el 2013, Jalisco ocupó el décimo lugar en el país en embarazos en adolescentes. El Hospital General de Occidente fue la principal unidad de salud pública de referencia de la Secretaría de Salud para esta entidad. Es necesario conocer y contextualizar a la población adolescente embarazada que acude a esta unidad con elementos que permitan la reflexión y generación de acciones. El objetivo de la presente investigación es analizar el perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en este Hospital General de Occidente, desde 2008 hasta 2012. ⁶

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal. Se analizaron los datos del total de mujeres adolescentes embarazadas atendidas desde 2008 hasta 2012 en el Hospital General de Occidente, de la Secretaría de Salud Jalisco (se consideró adolescentes para este estudio, a mujeres de 10 a 19 años). La fuente de información el Certificado de Nacimiento y como variables de estudio en la madre: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, derechohabiencia, control prenatal, número de embarazos y atención obstétrica. Las variables en el recién nacido fueron: Apgar, peso, talla, edad gestacional y malformaciones congénitas.

Los datos fueron registrados en una base de datos de Excel y se calcularon frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo a distribución de los datos, con apoyo de programa estadístico Epi-info Windows 7. El protocolo fue valorado y dictaminado por los Comités de Investigación y Ética del Hospital General de Occidente y el Departamento de Investigación de la Secretaría de Salud Jalisco, con el número de registro 20/HGO-JAL/2014.

RESULTADOS

El total de registros de nacimientos de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente durante el periodo en estudio fue de 9,439, que comparado con el total de nacimientos atendidos durante el mismo periodo (37,553), representa 25,13 %. El porcentaje distribuido en cada uno de los años se comporta de manera similar: 2008 (25,11 %), 2009 (25,46 %), 2010 (2,84 %), 2011 (25,63 %) y 2012 (24,52 %).

La media de la edad fue de 17,45 ($\pm 1,67$); al distribuir los nacimientos de adolescentes por grupos de edad. Se encontró que el grupo de 12 a 13 años representa el 4,28 % (404), de 14 a 15 años el 5,81 % (548), de 16 a 17 años 30,50 % (2879) y de 18 a 19 años el mayor porcentaje con 59,41 % (5608).

De las características socio-culturales y seguridad social de las mujeres embarazadas adolescentes (**tabla 1**), se destaca que 96,81 % (9,138) se dedican exclusivamente al hogar. El 68,69 % (6,484) viven en unión libre y 27,31 % (2,577) tienen estudios de primaria o menos.

Tabla 1. Características socioculturales de adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo 2008-2012 en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México.

Ocupación habitual de la madre	f	%
Hogar	9,138	96,81
Empleada sector público y privado	195	2,07
Comercio fijo y ambulante	86	0,91
Auto empleada	14	0,15
No especificado	2	0,02
Se ignora	4	0,04
Estado civil de la madre		
Unión libre	6,484	68,69
Soltera	2,051	21,73
Casada	859	9,10
Separada	8	0,09
Divorciada	3	0,03
Viuda	2	0,02
Se ignora	32	0,34
Escolaridad de la madre		
Ninguna	140	1,49
Primaria incompleta	788	8,35
Primaria completa	1,649	17,47
Secundaria incompleta	1,802	19,09
Secundaria completa	3,469	36,75
Bachillerato o preparatoria incompleta	1,038	10,99
Bachillerato o preparatoria completa	495	5,25
Profesional incompleta	37	0,39
Se ignora	21	0,22
Institución de Derechohabencia de la Madre		
Seguro popular	9,172	97,17
Ninguna	246	2,61
IMSS	4	0,04
Se ignora	17	0,18

Fuente: Certificados de Nacimiento, Hospital General de Occidente, Jalisco México (2008-2012).

Al analizar los antecedentes de control prenatal (**tabla 2**), se identificó que el 6,60 % (623) no asistió a control prenatal. Además; el 3,97 % (374) recibió la primera consulta durante el tercer trimestre; la media del total de número de consultas recibidas fue de 5,6 ($\pm 2,66$) y la media del número de embarazos 1,33 ($\pm 0,60$), el 5,02 % (474) refirió tener 3 o más embarazos.

Tabla 2. Antecedentes del control prenatal y número de adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo 2008-2012 en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México

Recibió atención prenatal		
	<i>f</i>	%
Sí	8,812	93,36
No	623	6,60
No registro	4	0,04
Trimestre en que recibió la primera consulta		
No recibió	623	6,60
Primero	5,999	63,55
Segundo	2,362	25,02
Tercero	374	3,97
Se ignora	81	0,86
Total consultas rrecibidas		
0	623	6,60
1 a 5	3,465	36,71
6 a 10	4,957	52,51
11 a 15	115	1,22
16 a 20	15	0,16
21 a 25	2	0,02
26 a 30	1	0,01
Se ignora	262	2,77
Número de embarazos		
1-2	8,964	94,96
3-4	464	4,92
5-6	9	0,10
7 ó más	1	0,01
No registrado	1	0,01

Fuente: Certificados de Nacimiento, Hospital General de Occidente, Jalisco. México 2008-2012.

En cuanto a la atención obstétrica hospitalaria, 98,40 % (9288) fue producto único, gemelar 1,57 % (148) y múltiple 0,02 % (2); el 99,89 % de los partos fue atendido por médicos; 0,08 % (8) enfermeras y el 0,03 % (2) por parteras. Los procedimientos

utilizados para el nacimiento fueron: parto vaginal 68,68 % (6,483), cesáreas 26,46 % (2,498) y fórceps 4,79 % (453).

De las características de los recién nacidos **tabla 3**, se destaca que la valoración del Apgar identificó que 0,68 % (64) presentó un valor de 7 o menos, además de lo anterior, 4,63 % (437) presentó una edad gestacional de 35 o menos semanas.

Tabla 3. Características de los recién nacidos de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General de Occidente, Jalisco México. (2008-2012)

Sexo		
	<i>f</i>	%
Masculino	4,845	51,33
Femenino	4,593	48,66
Se ignora	1	0,01
Valoración de APGAR		
0 a 5	17	0,18
6 a 10	9413	99,72
Sin registro	9	0,10
Edad gestacional		
11 a 15 Semanas	1	0,01
16 a 20 Semanas	0	0,00
21 a 25 Semanas	4	0,04
26 a 30 Semanas	44	0,47
31 a 35 Semanas	388	4,11
36 a 40 Semanas	7,623	80,76
41 y más Semanas	1,379	14,61

Fuente: Certificados de Nacimiento, Hospital General de Occidente, Jalisco. México (2008-2012).

En la **tabla 4** se describe el peso de los RN, donde 9,35 % (883) presentó un bajo peso (menor a 2,500 gramos) y un peso muy bajo (menos de 1500 gramos) 1,34 % (127). La media del peso fue de 3,084 gramos ($\pm 520,19$).

Tabla 4. Peso de los recién nacidos de adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo en el Hospital General de Occidente, Jalisco México. (2008-2012)

Peso del Recién Nacido	<i>f</i>	%
Menos de 500 gramos	22	0,23
500 a 1499 gramos	105	1,11
1500 a 2499 gramos	883	9,35
2500 a 3999 gramos	8215	87,04
4000 y más gramos	214	2,27
Total	9439	100

Fuente: Certificados de Nacimiento, Hospital General de Occidente, Jalisco. México. (2008-2012).

La media de la talla fue de 49,99 centímetros ($\pm 3,09$). Además, 98,5 % (9298) de los niños se encontraron entre 41 a 60 centímetros y solo 1,45 % (137) presentó una talla menor a 40 centímetros.

Finalmente, la **tabla 5** describe las 51 malformaciones congénitas descritas en los certificados de nacimientos, lo cual representó 0,54 % del total de nacimientos en mujeres adolescentes embarazadas.

Tabla 5. Anomalías congénitas según la clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) en neonatos de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente, Jalisco México. (2008-2012)

Anomalías congénitas	<i>f</i>
Otras malformaciones congénitas menores especificadas de cara y cuello	12
Pie equino-varo	8
Defecto de pared abdominal	7
Labio leporino y/o paladar hendido	6
Otras malformaciones congénitas especificadas de extremidades superiores e inferiores	5
Otras malformaciones congénitas especificadas de genitales	3
Ano imperforado	2
Dolicocefalia	2
Síndrome de Down	2
Espina bífida	2
Macrocefalia	1
Atresia intestinal	1
Total	51

Fuente: Certificados de Nacimiento, Hospital General de Occidente, Jalisco. México. (2008-2012).

DISCUSIÓN

Es evidente que en el Hospital General de Occidente, el porcentaje de embarazos en adolescentes (25,13 % del total de partos atendidos en el hospital durante el periodo de estudio), es similar o mayor en comparación a otras cifras señaladas para países de Latinoamérica. Por ejemplo, en un Hospital de Chile fue de 7,5 %, en Hospitales del Ministerio de Perú de 19,2 % y en población de Argentina del 16 %. Estos porcentajes de países latinos, solo son superados por países de África y algunos investigadores mencionan que esto ha representado un freno para el desarrollo social de su población.⁷⁻¹⁰

Respecto a la media de la edad (17,45), un estudio realizado en Manizales, Colombia, identificó una media en la edad de 17,34. En una muestra de madres adolescentes de

diversas instituciones hospitalarias estatales de Lima, Perú; la edad media fue de 17 años, lo que refleja una similitud en la edad de las adolescentes. Esto señala que el 10,09 % de madres adolescentes menores de 15 años, es un problema de salud pública que debe ser analizado de manera particular.^{11,12}

El 92,33 % de las madres adolescentes que se dedican al hogar, puede representar una limitación para continuar estudiando y usar métodos anticonceptivos. Algunas investigaciones señalan que esto se debe a que tienen una mayor exposición a ser económicamente dependientes de su familia y/o pareja. Esta condición social también se identificó con porcentajes similares en un Hospital sub-urbano de México (86,6 %) y en otros paises como Perú con el 80,2 %, pero en un Hospital público de Jalisco, se reportó una cifra menor (51,2 %). Es importante considerar las variaciones que se pueden tener con la fuente o instrumento de recolección de la información.^{8,13,14}

El vivir en unión libre 68,69 % de las madres adolescentes de este estudio, también es similar a lo señalado en investigaciones realizadas en Jalisco (62,7 %), en México (63 %), Colombia (62,2 %) y en menor porcentaje en Cuba (40,6 %). Los investigadores concluyen que el embarazo en la adolescencia ocurre mayormente en la soltería. En mujeres adolescentes con pareja estable, se ha observado una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación, lo que también puede explicar en gran medida, que el mayor porcentaje de adolescentes se encuentren en unión libre.¹³⁻¹⁶

En cuanto a estas condiciones socio-culturales, se ha descrito que las dificultades y experiencias, como afrontar solas el papel de madres sin una pareja a su lado que las apoye afectiva y económicamente, ser rechazadas por sus familias o señaladas, así como retrasar sus planes para un futuro, son conflictos frecuentes. Estos incrementan estados de ansiedad e inseguridad, sobre todo en población con nivel socio-económico bajo y sin un trabajo remunerado económicamente.¹⁷

Otro factor social que condiciona sus vidas es que 27,31 % tengan estudios de primaria o menos y solo el 4,48 % continúen estudiando durante su embarazo. Esto influye de manera negativa en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. Otros investigadores señalan la existencia de dificultades para la re-inserción de la adolescente al sistema escolar durante el embarazo o posterior al parto. El bajo nivel de estudios también se identificó en otras investigaciones de Jalisco (34,1 % primaria o menos), México (44,8 % estudios de secundaria o menos) y en Perú (57,3 % secundaria incompleta o menos).^{8,13,14}

La baja escolaridad de las madres adolescentes antes descrita no está presente en investigaciones realizadas en La Habana, Cuba. Se identificó que el 2,9 % tenían estudios de primaria, 59,4 % con secundaria completa y 37,7 % pre-universitarios. Se debe considerar que la educación es una variable significativa en la predicción del matrimonio a edad madura, actividad sexual tardía, abstinencia y uso del condón. Existe una fuerte relación entre el descenso de la fertilidad en las mujeres y el

incremento de su escolaridad. Así mismo, los investigadores concluyen que el riesgo de un embarazo en la adolescencia, es influenciado por varios factores, entre los que se destaca la escolaridad incompleta y falta de conocimientos en salud sexual y reproductiva.^{16,18,19}

El acceso a los servicios de salud de las adolescentes, no se corresponde solo con el 97,17 % de adolescentes afiliadas al Seguro Popular (porcentaje mayor a lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 en México de 92,9 %), pues al considerar que se inscribe en el marco conceptual del derecho a la salud, se debe dimensionar también el acceso cultural, geográfico y económico de las adolescentes. Algunos autores posicionan al sistema de salud, como un determinante social intermediario, un factor importante para la mejora del acceso a los servicios de salud.^{5,20,21}

Respecto a lo anterior, que 6,64 % de las mujeres adolescentes que no recibieran control prenatal, es muy bajo en comparación con otro estudio llevado a cabo en un hospital de México con características similares al de esta investigación (23,7 % no llevo control prenatal). Se necesitó considerar el reducir o anular el efecto de las barreras, pero sobre todo, buscar que el sistema de salud, se constituya en un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes, lo que favorece un vínculo de confianza y de respeto.^{13,22}

De igual manera, a pesar de que solo el 3,97 % inician el control prenatal en el tercer trimestre y superan la media del número de consultas establecido en México (5 consultas mínimo normativamente frente a 8,2 identificados en este estudio). Las investigaciones señalan que las adolescentes tienen una asociación significativa con control prenatal inadecuado o tardío y la morbilidad durante el embarazo, parto o puerperio. Es importante enfatizar más en la población de nivel económico bajo, sobre todo por el marco conceptual y cultural a partir del cual toman decisiones sobre su atención antes, durante y posterior al embarazo y parto.^{8,22-24}

El 26,4 % de cesáreas realizadas en la población del estudio, es menor al reportado en un hospital sub-urbano de México (30,8 %) y por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 en México (37 %). El número de cesáreas que se realizan en México, perfila un problema de salud pública que debe analizarse en detalle para buscar soluciones y promover su disminución. Las investigaciones hechas en este país, señalan que las mujeres con mayor posibilidad de tener una cesárea, fueron las que se atendieron en el sector privado. Además, al asociar la edad y la paridad, se observan los riesgos más altos de cesáreas en primigestas de 12 a 19 y de 35 o más años.^{5,13,23,25}

Al hablar sobre las condiciones de los RN de madres adolescentes, las investigaciones señalan una frecuencia mayor de RN de bajo peso al nacimiento. El principal riesgo es la madre adolescente, donde el bajo peso está dado tanto por la condición de prematuro, como RN pequeños para la edad gestacional, señalando cifras de hasta el

18 %. En las adolescentes de este estudio, solo 9,35 % presentó un bajo peso y 1,34 % un peso muy bajo. Además, la media del peso (3,084 gramos) es similar a lo reportado en otra población latina (3062,85 gramos).^{2,11}

En cuanto a la talla y apgar de los recién nacidos, es similar a lo reportado por otras investigaciones de población latina. Es importante señalar que algunas investigaciones que comparan el perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes, reportan diferencias en el pagar (población de Brasil) y en un Hospital de Jalisco México, no hubo diferencias en talla y Apgar al minuto 1 y 5. ^(11,26,27)

Así mismo, en cuanto a las malformaciones congénitas, se han reportado diferencias significativas entre madres adolescentes y no adolescentes. Las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbimortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas. Se plantea llevar a cabo en este hospital futuras investigaciones, que permitan comparar el perfil de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes.^{7,10}

Finalmente, respecto a la mortalidad materna en las adolescentes, se identificaron durante el periodo de estudio 2 (una muerte directa y otra indirecta), que representa el 8,6 % del total de muertes maternas registradas durante los 5 años. Uno de los indicadores de la salud más difícil de reducir en un país es el tema de la muerte materna. Esto se ha enfatizado en madres adolescentes, cuya solución está relacionada con la prestación directa de servicios, al ser un claro ejemplo del grado de limitaciones del sector salud en general y de manera particular, el servicio de obstetricia, para responder en forma efectiva a un problema que sobrepasa la capacidad de respuesta institucional. ^{28,29}

La atención de adolescentes embarazadas en el servicio de Obstetricia del Hospital General de Occidente, es una situación constante y que se mantiene en cifras similares en los últimos 5 años. Se ha encontrado grandes similitudes con los resultados de otras investigaciones hechas en México y países latinos, sobre todo en las características sociales y culturales de las adolescentes. Estas reflejan la falta de acciones que no solo incidan en la mejora del acceso y atención del embarazo y el parto, sino también incidir sobre la presencia de embarazos en las adolescentes de la entidad.

Las acciones hospitalarias entorno a la salud del adolescente debe basarse en el marco del respeto a sus derechos. Hay que considerarlas como seres con autonomía, capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y su bienestar. Además, hay que brindarles información en primer nivel de atención, que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios, acceso a servicios de salud de calidad (privacidad y confidencialidad), con la debida sensibilización y capacitación del personal de salud, en los todos los niveles de atención, para el adecuado abordaje de los programas de intervención.

Agradecemos el personal directivo del Hospital por las facilidades y apoyo para la realización de esta investigación en especial al Dr. José Miguel Ángel Van Dick Puga, Dr. Ernesto Villareal Gómez y Dr. Raúl Villarroel cruz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos. 2009;87:405-84. Disponible en:<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
2. Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc. 1994;1(2):70-2.
3. Quimbayo LR, Fandiño VC, Valencia MLJ. Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes. Revista CUIDARTE. 2012;3;1. Disponible en:<http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/viewFile/26/31>
4. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008;5(1):42-52. Disponible en:http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
5. Gutiérrez J, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Disponible en:<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
6. Consejo Estatal de Población con base en CONAPO, proyecciones de la Población de México, 2010-2013. Disponible en: <http://sgg.jalisco.gob.mx/acerca/areas-de-la-secretaria/coepo/poblacion-y-viviendas/Censos-y-conteos-poblacion>
7. Nazer J, Cifuentes L. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Rev Chil Obst Ginecol. 2013;78(4):298-303. Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n4/art09.pdf>
8. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obst Ginecol. 2012;77(2):122-8. Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n2/art08.pdf>

9. Pécora O, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic M, Llompарт V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud?. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008;27(3):114-9. Disponible en: [file:///C:/Users/MARTHA%20LETICIA/Downloads/114-119Pucora%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MARTHA%20LETICIA/Downloads/114-119Pucora%20(1).pdf)
10. Peláez J. Embarazo en la adolescente, una asignatura pendiente. Rev Cubana Obst Ginecol. 2012;38(4):450-1. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin01412.pdf>
11. Cárdenas S, Castaño J, Loaiza N, Orjuela A, Pinilla M, Sabogal A, et al. Principales hallazgos prenatales y postnatales en mujeres embarazadas adolescentes y adultas, cuyos partos fueron atendidos en la clínica San Cayetano de ASSBASALUD ESE Manizales (Colombia), 2009-2010. Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias de las Salud, Centro de Investigaciones. 2013. Pag 1-13 Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/125/embarazo%20adoles%20y%20adultas%20ASSBA.pdf?sequence=1>
12. Bulnes M, Ponce C, Huerta R, Santivañez R, Riveros M, Aliaga J, et al. Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes. Revista de Investigación en Psicología. 2014;2(2):99-113. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4903/3970>
13. Molina M, Castro E, Ruiz M, Dulín R, Valenzuela A, Juárez E. Morbilidad materno-fetal en adolescentes: experiencia en un hospital suburbano de México. An Med (Mex) 2013;58(3):175-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc133e.pdf>
14. Panduro JG, Castellanos PM, Molina JJ, Panduro EG, Peraza D, Quezada NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex. 2012;80(11):694-704. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211c.pdf>
15. Ortiz R, Anaya N, Sepúlveda C, Torres S, Camacho P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. REV Med UNAB. 2005;8(2):71-7. Disponible en: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/01237047/2291360/2302327.pdf>
16. Blanco D, Arrieta M. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Parraga: Arroyo Naranjo. 2005-2006. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010;9(2):246-53. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n2/rhcm15210.pdf>

17. Amar J, Hernández B. Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. *Psicología desde el caribe*. 2005;15:1-17. Disponible en: [file:///C:/Users/MARTHA%20LETICIA/Downloads/1870-5754-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MARTHA%20LETICIA/Downloads/1870-5754-1-PB%20(1).pdf)
18. Rodríguez M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*. 2008;27(1):47-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159013072007.pdf>
19. Ávila G, Barbena M, Arguello P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. *Rev Med Honduras*. 2011;79(2):68-72. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-5.pdf>
20. Lazcano E, Schiavon R, Uribe P, Walker D, Suárez L, Luna R, Ulloa A. Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México*. 2013;55(2):214-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a19.pdf>
21. Acuña C, Marina N, Mendoza A, Emmerick I, Luiza V, Azeredo T. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud ya medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;35(2):128-35. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a07v35n2.pdf>
22. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública de México*. 2013;55(6):572-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342013000600006&script=sci_arttext
23. Secretaría 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. Diario Oficial de la Federación. 1995. Disponible en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/leyesreglamentos/reglamento/norma_007_SSA2_1993.pdf
24. Gómez Á, Gutiérrez M, Izzedin R, Sánchez L, Herrera N, Ballesteros M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestas y multigestas en Bogotá. *Revista de Salud Pública*. 2012;14(2):189-99. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a01.pdf>
25. Suárez L, Campero L, Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D, et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México*. 2013;55:225-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a20.pdf>

26. Bezerra A, Rodrigues C, Fernandes D, Américo P. Perinatal characteristics among early (10–14 years old) and late (15–19 years old) pregnant adolescents. BMC Res Notes. 2012;5:531. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/531/>
27. Barrera J, Higareda M, Barajas T, Villalvazo M, González C. Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. Gaceta Médica de México. 2014;150:1. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4965708>
28. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol. Obstet. 2004; 50(2):111-22. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol50_N2/a06.htm
29. Mejía ML, Ortiz RC, Laureano J, Alcántara ECG, López MC, Gil E. Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente: Jalisco, México. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013;78(6):419-24. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n6/art03.pdf>

Recibido: 29 de abril de 2015

Aprobado: 18 de junio de 2015

Roberto Carlos Ortiz Villalobos. Secretaría de Salud Jalisco y Universidad de Guadalajara, Jalisco. México. Correo electrónico: robetgine08@hotmail.com