

I.- INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales lo que provoca que se incremente la atención y dedicación a esta etapa de la vida, ya que se presentan importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

El embarazo en la mujer adolescente es un problema a nivel mundial, día con día el número de mujeres embarazadas en esta etapa de la vida va en aumento, y con esto la población mundial se eleva de manera importante.

Los datos estadísticos que existen no son exactos, las cifras varían considerablemente de acuerdo a cada estudio en especial en los países en vías de desarrollo los cuales sus estadísticas son muy inexactas, sin embargo diversos estudios han demostrado la alta incidencia de este problema de salud, incluyendo a países desarrollados, lo que genera importantes problemas en todos los aspectos de la vida, tanto de la madre como de quienes se incluyen en su círculo familiar y social, repercutiendo en el estado de salud de la misma adolescente, los problemas que enfrentan su pareja, familia y la sociedad.

El Estado de Baja California y específicamente la Ciudad de Mexicali y su valle no están exentos de esta problemática, el porcentaje de embarazadas adolescentes es muy amplio, muy por arriba de la media Nacional, al igual que otros estados y es de suma importancia dar una solución y mejor manejo a este grupo de pacientes. Debemos saber identificar los riesgos que se presentan en cada una de ellas, darles orientación y apoyo multidisciplinario para llevarlas a un feliz termino de su embarazo.



II.- ANTECEDENTES

La OMS define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. Otra definición de la OMS es la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y 19 años.

Algunos autores la definen como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, etapa caracterizada por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano.

Es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. La población mundial es de 6,465 millones de habitantes, China, India y Estados Unidos son de los más poblados. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes en el mundo.

La población adolescente de México se duplico en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba el 11.4 % de la población nacional. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 2005 la población del país ascendía a 103 millones 263 mil 388 personas, de las cuales 16.1% correspondía a adolescentes entre 12 y 19 años (16 millones 706 mil 989 jóvenes). Esta es la cifra de adolescentes más alta que ha tenido México, lo que incrementa los retos y riesgos de este grupo, el cual ya ha comenzado a





descender lentamente, pues mientras que en 2005 se estimaba que 18% de la población era adolescente, en 2015 será de 17%, para reducirse mucho más aceleradamente en las siguientes décadas.

Los estados donde más adolescentes hay son Chiapas, donde ellos representan 18.5% de su población (795 mil 268); Guerrero, donde 18.2% son adolescentes (569 mil 903), y Oaxaca, donde 18.1% de la población está en este rango de edad (636 mil 407).

En BC de acuerdo al Censo del INEGI 2005, el total de la población es de 2, 844, 469 habitantes, la población femenina en el estado de Baja California en el grupo de edad de 10 a 19 años es de 257,280. La población en Mexicali es de 855,962 de ellos 430,438 son hombres y 425,524 son mujeres. El número de adolescentes es de 156, 108 (18.23% del total de la población), de ellos 76,524 son mujeres lo que corresponde al 49% de los adolescentes y un 8.94 % del total de la población en el municipio de Mexicali.

El Informe Mundial sobre la Juventud 2007 advierte que en 2002 y 2004 entre 18 y 20% de los adolescentes de Latinoamérica entre 15 y 19 años no estudiaba ni trabajaba. En México, el escenario no es muy distinto: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud (2005), en el país hay seis millones 597 mil 968 niños entre 12 y 14 años. De ellos, 92.9% se dedica sólo a estudiar (seis millones 129 mil 512); 0.6% estudia y trabaja (39 mil 587), 0.5% sólo trabaja (32 mil 989) y 6.0% no realiza ninguna de estas dos actividades (395 mil 878).

Por otra parte, hay 10 millones 109 mil 21 adolescentes de entre 15 y 19 años. De ellos, sólo 61% estudia (seis millones 166 mil 502); y en Baja California un 53.4%; 7.4% estudia y trabaja (748 mil 670), 15.5% se dedica sólo a trabajar (un millón 566 mil 898) y 16% no estudia ni trabaja (un millón 647 mil 443).

Registros del Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos elaborado por la Secretaría de Educación Pública en 2006, en México la eficiencia terminal en educación secundaria fue de 79.2%, lo que significa



que sólo ocho de cada diez adolescentes que inicia secundaria termina este nivel educativo. Michoacán (65.9%), Guerrero (68.9%) y Zacatecas (73.8%) fueron los estados del país donde la eficiencia terminal fue la más baja.

En lo que respecta al nivel de secundaria, la deserción escolar es de 6.9%, en nivel medio superior es de 16.3%. Esto quiere decir que dieciséis de cada cien estudiantes abandonan la preparatoria o el bachillerato. En este nivel educativo, Nuevo León (23.0%), Chihuahua (20.0%) y Guanajuato (19.0%) son los estados que presentan mayor deserción.

Estudios y encuestas diversas realizadas en territorio mexicano demuestran que la edad promedio de la primera eyaculación es a los 14 años. La edad promedio de inicio de la vida sexual activa en los hombres es a los 16 años y 17 años en las mujeres. En las áreas urbanas se estima que aproximadamente el 32.7% de los adolescentes han tenido por lo menos una vez, contacto sexual.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – *Adolescencia Temprana (10 a 13 años)*. Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – *Adolescencia media (14 a 16 años)*. Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad



sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Se muestran muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – *Adolescencia tardía (17 a 19 años)*. Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. De acuerdo a diversas encuestas, se dice que el noviazgo como experiencia emocional ocurre por primera vez prácticamente en todos los casos antes de los 20 años de edad, principalmente entre los 15 y 19 años.

Las características de estas etapas de la adolescencia, es muy importante conocerlas ya que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.*

El **embarazo en la adolescencia** se define como *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".*

En el 2007, a nivel internacional se estima que por lo menos catorce millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz cada año, de estos se estima que el 90% vive en países en desarrollo.

En Latinoamérica y el Caribe entre 35 y 52% de los embarazos son no planeados y 38% de las mujeres se embarazan antes de cumplir los 20 años. En los Estados Unidos en 2002, 46.8% de todas las mujeres entre 15 y 19 años reportaron haber tenido relaciones sexuales, en los varones



fue del 46%. La población latina cuenta con el porcentaje más elevado de embarazo en adolescentes. Las mujeres latinas referían tener relaciones en un 40.4%, el 25.5% no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

Obtenido de la base de datos del 2002, se estima que en ese año hubo un total de 133 millones de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo, lo que ocupa un 10.5 %. América Latina y el Caribe ocupó el porcentaje más alto con un 16.3%, África 15.8%, Norte América 12.2%, Asia 7.7%, Oceanía 7.3% y Europa 7%. De acuerdo al desarrollo de cada país el porcentaje es de 17.2% para los países con mínimo desarrollo, 8.9% en vías de desarrollo y 8.2% para los desarrollados. En América Latina y el Caribe se tuvieron 11.7 millones de embarazos. El porcentaje fue de 19% para Centro América, 17.3% para el Caribe latino, 16% para América del Sur y México y 14.8% para el Caribe no Latino.

EE.UU. es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80, y en el 2003 10% de todos los nacimientos son en mujeres con edades que oscilan entre los 15 y 19 años y 0.16% de todos los nacimientos en menores de 15 años. Aproximadamente un 10% de las mujeres en edades entre 15 y 19 años han quedado embarazadas; 78% de estos son embarazos no planeados. Cerca de una cuarta parte de estos embarazos son accidentales. En el año 2000, 30% de los embarazos en adolescentes terminan de manera electiva, 14% abortan espontáneamente y un 56% terminan en nacimientos.

El índice de nacimientos en el rango de edad de 15 a 19 es de 41.7 nacimientos por cada 1000 mujeres, lo cual ha disminuido ya que en 1991 era de 62 por cada 1000 adolescentes.

De acuerdo a resultados tomados del Reportes Nacionales de Estadísticas Vitales en EE.UU., en comparación de los años 2000 y 2001, los números de nacimientos de acuerdo al grupo de edad se observan en la *tabla 1*.



En el 2006, un total de 435,427 productos nacieron de madres con edades entre los 15 y 19 años, una tasa de natalidad de 41.9 por 1000 mujeres en este grupo de edad. Más del 80% de estos nacimientos fueron no deseados; 72% de las adolescentes que dan a luz no están casadas, 75% son madres por primera vez, más de 175,000 son menores de 18 años, 80% de estas madres terminan en pobreza y asistencia social. Los hijos de madres jóvenes adolescentes tienen 2.7 veces más posibilidades de terminar en prisión que los hijos nacidos de mujeres que no tuvieron hijos hasta que tenían por lo menos 20 años.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos.

En Chile, el porcentaje de población adolescente es de 17.8% correspondiente a 2,774,174 adolescentes, según la tercera encuesta nacional de juventud, el 42.1% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad refirió haber iniciado relaciones sexuales, la edad de inicio de vida sexual en las mujeres es de 17.5 años, y solo un tercio de ellas uso algún método anticonceptivo. En 1990 el porcentaje de nacidos vivos en madres adolescentes fue de 13.8%, en 2001 de 16.2% y en 2004 de 14.9%.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud, en 2005, 34.2% de los adolescentes entre 15 y 19 años reconoció haber tenido relaciones sexuales; es decir, más de tres millones 457 mil 285 jóvenes. De ellos, 16.7% aseguró haber tenido su primer encuentro sexual a los 14 años (577 mil 366) y 15.5%, a los 15 (535 mil 879). Alrededor del 18.4% de las mujeres que inician vida sexual activa se embarazan y un 20.4% de los hombres ha embarazado a una mujer, esta estadísticas es muy similar tanto en México como a nivel internacional. 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 en México que se embarazaron dijeron no haberlo deseado y un 66.1% de los hombres no haber querido embarazarse. Esto llevó a un porcentaje de 48.1% en las mujeres y un 82.4% en los hombres que se unieron. Una adolescente que se embaraza, tiene más probabilidades de que sus hijas comiencen sus relaciones sexuales a edades más tempranas y por consiguiente queden embarazadas en la adolescencia.

En el año 2000, uno de cada cinco nacimientos (17%), correspondió a una madre adolescente, lo que arrojó un total de 366,000 nacimientos al año. En el 2007, un promedio de 17.2% de los nacimientos ocurridos en un año corresponden a adolescentes menores de 19 años. Esto puede explicarse, en parte, el acelerado crecimiento en el número de madres adolescentes en México, lo que las sitúa en condiciones de riesgo ya que, de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), tener un parto antes de los 17 años eleva hasta en tres veces la probabilidad de que el recién nacido muera en el primer mes.

El 17% de las pacientes adolescentes hospitalizadas declaró haber tenido, al menos un aborto, incluido el resultado del embarazo actual.

Según datos del Prontuario Demográfico de México elaborado por el Consejo Nacional de Población (Conapo) — en 2007 la posibilidad identificada para las mujeres que nacieron entre 1977 y 1981 de tener su primer hijo en la adolescencia era de 32.2%. Los estados donde esta probabilidad es mayor son Chihuahua (con 45.2%), Chiapas (45%) y Guerrero (42.0%). Estos datos son consistentes con las previsiones de la Secretaría de Salud, la cual informó para 2005 que 25.3% de los partos atendidos correspondieron a mujeres menores de 20 años, es decir, más de 473 mil nacimientos.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por



las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

En 1985, en EE.UU., el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos cuatro años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos. Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un *"problema"*, ello limita su análisis. En todo caso, esta *"problematización"* se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un *"problema"*, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por todo esto es importante colocar este tema dentro del marco de la *"salud integral del adolescente"*. Esto nos permitiría abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad-paternidad.

Existen diversas situaciones desde el punto de vista psicosocial que ha favorecido el aumento en el número de embarazo en las adolescentes, el comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas



culturales y sociales especialmente en la adolescencia, podemos clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a. – *Sociedad Represiva*: este tipo de sociedad niega la sexualidad, considera al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial. Este tipo de sociedades se ve mas relacionada con personas muy devotas de ciertas religiones en especial la católica.

b. – *Sociedad Restrictiva*: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, este tipo de sociedad son las que se presentan mas comúnmente en el mundo.

c. – *Sociedad Permisiva*: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – *Sociedad Alentadora*: en este tipo de sociedades, el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Con todo esto se puede considerar al embarazo en adolescentes como un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que son importantes las siguientes consideraciones:



1. – *Estratos medio y alto*: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. – *Estratos más bajos*: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo. El grupo que inicia la vida marital mas tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en el grupo de edad de 15 a 19 años, una de cada cinco esta casada o vive en unión libre.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. Dentro de estos **factores predisponentes** podemos mencionar los siguientes:

1. – *Menarca temprana*: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. En México se ha determinado que la aparición de la menarca es a los 12.4 años.
2. – *Inicio precoz de relaciones sexuales*: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. La edad promedio de la primera relación sexual para las adolescentes en México, paso de ser en 1995 a los 17.2 años a los 15.9 años en 2006. La actividad sexual debe considerarse un indicador de riesgo psicosocial pues entre los adolescentes y jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con uso de métodos anticonceptivos poco efectivos, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.
3. – *Familia disfuncional*: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que un verdadero vínculo de amor.



4. – *Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola:* en la actualidad el embarazo en adolescentes en algunos estados de la republica es visto como algo muy común, lo cual no preocupa a la madre adolescente, sin embargo existen estados y poblaciones donde no es visto con optimismo e incluso es tomado como una ofensa hacia los padres o la familia y es en esos estados y poblaciones donde el número de adolescentes embarazadas es menor.

5. – *Bajo nivel educativo:* con desinterés general, cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. El número de nacidos vivos en adolescentes se relaciona con un nivel de educación mas bajo y el porcentaje de nacimientos disminuye en adolescentes con educación media superior.

6. – *Migraciones recientes:* con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores, lo cual las desliga del núcleo familiar.

7. – *Pensamientos Mágico:* propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – *Fantasías de esterilidad:* comienzan sus relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – *Falta o distorsión de la información:* la mayor parte de la educación sexual que los adolescentes reciben llega a través de sus compañeros los cuales están mal informados o desinformados. Esto radica en una serie de creencias las cuales piensan que no las llevara a un embarazo. Es común ciertas frases o "mitos" entre los adolescentes como: "sólo se embaraza si tiene orgasmo", o "cuando se es más grande", o "cuando lo hace con la menstruación", o "cuando no hay penetración completa", etc.

10. – *Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:* cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones



sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.

11. - *Aumento en número de adolescentes*: la pirámide poblacional ha alcanzado cifras históricas en cuanto al número de adolescentes existentes. En nuestro país la cifra actual es la más alta nunca antes registrada.

12. - *Factores socioculturales*: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Así como existen factores predisponentes para el embarazo, también hay **factores determinantes** y estos son los siguientes:

1. – *Relaciones sin anticoncepción*: algunas de las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y no utilizan métodos anticonceptivos efectivos es controversial sin embargo algunas de ellas son:

- Adquieren su madurez sexual aproximadamente 4 a 5 años antes de alcanzar la madurez emocional.
- En la actualidad los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos y sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio son comunes, aceptadas e incluso esperadas.
- Frecuentemente no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales como son el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectos psicosociales.

De acuerdo a la encuesta Juventud 2005, del total de encuestados, 34% declaró no haber utilizado en su primera relación ningún método anticonceptivo (más de un millón 175 mil jóvenes). El no adoptar ningún método anticonceptivo ni de protección, además de incrementar el número de embarazos, incrementa el número de Enfermedades de



Transmisión Sexual, incluyendo el VIH. Según la Secretaría de Salud, en 2005 en México había 105 mil casos de VIH, siendo el grupo de edad con mayor índice de contagio el de los jóvenes de 15 a 19 años (31.1%).

Las estadísticas de la CONAPO en cuanto la anticoncepción refiere que el volumen de usuarias unidas (casadas, unión libre) de anticonceptivos alcanzo los 11.7 millones, a esto se agrega 1.1 millones de usuarias de las mujeres no unidas, haciendo un total de 12.8 millones de usuarias. Estas cifras corresponden a un 70.9% de cobertura anticonceptiva en México y se ubica en el lugar 32 de los 152 países con los niveles de uso de anticonceptivos mas elevados que aparecen en el cuadro de la población mundial. Ocupa el octavo lugar entre 21 países de la región latinoamericana y del caribe, superado por Costa Rica (80%), Cuba (73%), entre otros. En 2006, las mujeres mexicanas usaron la anticoncepción con una efectividad de 96.6%.

En el grupo de edad que abarca a las adolescentes estudiadas de 15 a 19 años, la precisión de las estimaciones es menor, debido a que los tamaños de muestra de mujeres unidas disminuyen en las encuestas. La cobertura anticonceptiva en esta edad no ha variado mucho en los últimos años, en 1987 fue de 30% y en 1992 de 36%; en 1997 aumento significativamente hasta un 45%, y en 2006 de un 39.4%. El estado de Baja California en 2006, junto con 13 estados mas rebasaron la meta de 73.9% de cobertura anticonceptiva.

2. – *Abuso Sexual*: las adolescentes y jóvenes son un grupo muy vulnerable a la violencia domestica y sexual. Se ha demostrado en diversas investigaciones la influencia de factores socioculturales que propician las agresiones sexuales. Las culturas con un sistema de dominación de genero contribuyen a la desigualdad social y sexual de las mujeres y las menores de edad, haciéndolas mas vulnerables a la victimización sexual.



Bajo la denominación de abuso sexual se incluyen: abuso deshonesto, el coito forzado y, en algunos países, el coito entre un adulto y una menor de 12 años.

Las encuestas escolares en Chile, Costa Rica y Panamá se encontró que, entre el 6,1 y 40% de las adolescentes entre 16 y 19 años, sufrieron al menos un abuso sexual. En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003) se señala que el abuso sexual en la infancia (antes de los 15 años) se reporta en 7.6% de las mujeres que acuden a un servicio de salud, donde con mayor frecuencia el agresor es el padre, padrastro u otro miembro masculino de la familia.

3. – *Violación.* La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (2003) se apunta que 3.3% de las mujeres entrevistadas refirieron haber sido violadas. En 1.2% el agresor fue el padre, padrastro u otro hombre de la familia.

Los estudios al respecto realizados en México coinciden con los datos internacionales que señalan que mas 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. De las adolescentes que se embarazaron, 54.1% expreso su deseo de abortar y 43.2% de tener a su hijo. De quienes llevaron a término el embarazo, 6% manifestaron que darían al niño en adopción.

Algunas de las consecuencias de la violación en adolescentes son las siguientes:

- Alta frecuencia de embarazos y niños no deseados. Del 13 al 20% de las mujeres que sufren esta agresión resultan embarazadas.
- Alta mortalidad de niños a los 5 años de vida.
- Alto riesgo de adquirir Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
- Alta frecuencia del Síndrome de Trastornos de Stress Post - Traumático.
- Alto riesgo de embarazos repetidos.



- Alto riesgo de asaltos sexuales en la adultez.
- Alto riesgo de conducta promiscua años después de la violación única o repetida, especialmente cuando son intrafamiliares y crónicas.

La adolescente embarazada tiene diversos aspectos psicosociales que influyen en el desarrollo de su embarazo, se debe valorar y analizar como transcurre su adolescencia con un embarazo, la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en este periodo de la vida, la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como *"hija-madre"*, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del *"abuso sexual"*, en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión



sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Su forma de actuar ante la maternidad es diversa en cada una de las adolescentes, el embarazo comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerbaban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, se trata de un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del recién nacido la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.



En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En este contexto no hay que olvidar la presencia del padre el cual en la gran mayoría también es adolescente. Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc., como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de ser padre. Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre. Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia.



A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

- *Consecuencias para la adolescente:* es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos ínter genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

-*Consecuencias para el hijo de la madre adolescente:* tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud.

-*Consecuencias para el padre adolescente:* es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad adecuada.

Es muy importante poder ofrecer una adecuada atención del embarazo en la madre adolescente, y además identificar de todas ellas cuales son



los embarazos de mayor riesgo, sabiendo de antemano que todos son embarazos de riesgo. Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 2 grupos: de alto riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

A. GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Desnutrición. Un estudio realizado en Chile reportó a un 19,4% adolescentes embarazadas con datos de desnutrición al momento del parto. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

B. GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

- Menarca a los 11 años o menos.
- Ser la mayor de los hermanos.
- Todos los demás pacientes o las no detectables.

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).

Se debe implementar una adecuada estrategia para el control del embarazo en la adolescente. En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo. En EE.UU., la primera



visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años. En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.

Las madres menores de 15 años de edad tienen mayor peligro de complicaciones durante el embarazo (hipertensión gestacional, infecciones de vías urinarias y vaginales, hemorragia posparto dos veces más alta para madres de 13 a 15 años) que entre los 20 y 29 años. Las menores de 15 años de edad tienen mayor riesgo de sufrir ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, requerir cesárea o uso de fórceps, tener hijos de bajo peso y complicaciones posparto. Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

A. – PRIMER TRIMESTRE

1. – *Trastornos Digestivos*: una tercera parte de las gestantes adolescentes presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

2. – *Amenazas de abortos*: ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas.

3.- *Abortos espontáneos*: Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

4. – *Bacteriuria asintomática*.



5. – *Embarazos extrauterinos*: según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

B. – SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

1. – *Anemia*: especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

2. – *Infecciones urinarias*: hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

3.- *Infecciones vaginales*: la frecuencia no varía respecto a la mujer adulta.

4. – *Amenaza de parto pretérmino*: afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

5. – *Hipertensión gestacional*: se ha descrito un mecanismo que puede influir en que este tipo de patologías se muestre con mayor frecuencia en las adolescentes, probablemente se debe a una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Esta complicación se presenta entre un 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes



menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del tercer mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigestas entre 12 y 16 años.

6. – *Mortalidad fetal*: no parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

7. – *Parto prematuro*: es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

8. – *Retraso del Crecimiento Intrauterino*: quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (Preeclampsia-eclampsia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

9. – *Presentaciones fetales distócicas*: las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

10. – *Desproporciones céfalo pélvicas*: es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez. A menor edad, el desarrollo de la pelvis materna es menor, lo que aumenta la incidencia de partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del “canal del parto” que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Esto implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas.



La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto, implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.

11. *Tipo de parto:* en algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en el Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Argentina, la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.

12. – *Alumbramiento:* se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

La mortalidad materna de mujeres adolescentes (15 a 19 años de edad) asociada con el embarazo, parto y puerperio represento en el año 2005 en México un total de 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 entre los 10 y 19 años.

El recién nacido hijo de madre adolescente también presenta ciertas diferencias en cuanto a la mujer adulta, Referente al peso, no existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque si parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento intrauterino, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g. otros estudios reportan que los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces mas de tener bajo peso al nacer. Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes. Algunas de las alteraciones mas frecuentes son ictericia neonatal, sepsis,



síndrome de dificultad respiratoria, prematuridad. Se ha documentado mayor incidencia de malformaciones entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida. Algunas otras que se presentan con frecuencia son polidactilia, paladar hendido, etc. La mortalidad perinatal su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

Refiriéndonos al pronóstico materno, este está condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El período inter genésico corto es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios. El pronóstico fetal, entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

Deben implementarse diferentes estrategias en cuanto a la *prevención* del embarazo, la *primaria* a realizarse antes de la actividad sexual. La *secundaria* dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos. La *terciaria* dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones. Se debe intentar orientar a la paciente en los siguientes puntos:

- Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
- Fortalecer los vínculos familiares.
- Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
- Brindar atención perinatal integral.

Para poder conllevar todo esto el equipo de salud debe implementar las siguientes estrategias:





- Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, psicólogo, asistente social).
- Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
- Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

Al momento de ingresar a la embarazada adolescente a la consulta, debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos: la madre adolescente tiene grandes diferencias con respecto a la madre adulta, ellas generalmente tienen poca conciencia de salud, no tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios. Es importante explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán. No ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo; aun tienen el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo, tienen temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios. Tienen menos información sobre todo el proceso del embarazo, ya que a su edad, esto por lo regular no es un tema de conversación.

También es frecuente que tengan problemas en la relación con su hijo, ya que le dan prioridad a sus necesidades sobre las del niño, debido a que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su



hijo; toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hacen lo que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

El reto del médico al momento de la consulta con la adolescente embarazada es enorme, debe saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, saber respetar, aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos. Ser capaz de registrar las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta.



III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El numero de madres adolescentes ha ido en aumento en los últimos años, el Hospital General de Mexicali no es la excepción, en el se atiende un gran numero de mujeres adolescentes embarazadas el cual esta por arriba de la media nacional y mundial, también es uno de los grupos de mayor riesgo para el embarazo, en ellas pueden ocurrir un gran numero de complicaciones y a diferencia de lo que pudiera pensarse, el numero de cesáreas comparativamente con el resto de los embarazos esta por debajo.

Es también importante determinar los factores de riesgo, hacer conciencia del control prenatal y otorgar un manejo integral de estas pacientes, debido a la repercusión que conlleva para ellas mismas, sus familias y la sociedad; la forma de abordar la consulta, el apoyo psicológico, la atención de su embarazo y los resultados finales del mismo.

Debemos enfatizar en la prevención primaria, difundir los métodos anticonceptivos y prevenir complicaciones.



IV.- JUSTIFICACION

El alto índice de embarazos en adolescentes a nivel nacional y mundial va en aumento, existen cifras irreales y los porcentajes que se manejan no concuerdan con el número de nacimientos.

En el hospital general de Mexicali la incidencia de embarazos en adolescentes es mucho mayor al promedio que se maneja a nivel nacional, superándolo en mas de un doscientos por ciento, y aun la atención para estas pacientes no es lo suficientemente adecuada y completa.

Con los resultados obtenidos se pretende demostrar este elevado porcentaje, sus resultados perinatales, los puntos donde debemos trabajar para disminuir esta tasa y concienciar sobre la problemática de salud que implica el embarazo en esta edad.



V.- HIPOTESIS

Existe una incidencia alta de embarazo en adolescentes.

El peso al nacer es similar al de los hijos de madres mayores de 19 años.

Las indicaciones de cesárea son semejantes al resto de la población.

Existe un número elevado de prematuros.

La edad promedio de su embarazo.

Las complicaciones encontradas en el hospital son semejantes a las que se presentan en otros hospitales.



VI.- OBJETIVO GENERAL.

Revisar el resultado obstétrico de todas las pacientes embarazadas adolescentes que se encuentran entre los 10 y 19 años de edad en un periodo de 2 años.

VII.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la incidencia de embarazos en mujeres adolescentes.
- El resultado de dicho embarazo.
- La edad de la madre al momento de la resolución del embarazo.
- El numero de gestaciones en las adolescentes.
- El porcentaje respecto al resto de nacimientos en este hospital.
- La vía de terminación del embarazo.
- Las principales causas de cesárea.
- El peso de los productos.
- Las principales complicaciones presentadas.
- El sexo de los productos obtenidos.
- El método anticonceptivo adoptado.
- Entender el entorno de la adolescente embarazada.
- Alentar a un adecuado control prenatal.
- Identificar factores de riesgo.



VIII.- MATERIAL Y METODOS

➤ DISEÑO

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico, incluyendo a todas las pacientes adolescentes entre los 10 y 19 años 11 meses de edad con diagnóstico de embarazo que ingresaron al Hospital General de Mexicali en el área de tóco cirugía y que se resolvió su embarazo mediante los distintos procedimientos quirúrgicos en el periodo que comprende del 21 de diciembre de 2005 al 20 de diciembre del 2007.

El estudio se realizó en forma retrospectiva, mediante el análisis de los reportes de guardia en el cual se registran los procedimientos realizados en el servicio de Ginecología y obstetricia, así como los datos de cada una de las pacientes y de los productos obtenidos, además se verificaron diversos expedientes clínicos para confirmar la información.

➤ POBLACION Y MUESTRA

Universo de estudio. Todas Las mujeres adolescentes de 10 a 19 años y 11 meses con diagnóstico de embarazo.

➤ CRITERIOS DE INCLUSION

Diagnóstico certero de embarazo (embarazo de término, pretérmino, aborto, embarazo molar, embarazo ectópico).

Pacientes ingresadas para resolución de su embarazo.

Edad entre 10 años y 19 años con 364 días al momento de la resolución del embarazo.

➤ CRITERIOS DE EXCLUSION

Embarazadas a las cuales no se halla resuelto el embarazo.

➤ CRITERIOS DE ELIMINACION

Edad de la paciente fuera del rango especificado.



➤ **VARIABLES**

Edad de la paciente.

Numero de gestaciones

Resolución de sus embarazos anteriores (parto, abortos, cesáreas, embarazo molar, embarazo ectópico).

Procedimiento realizado (parto, cesárea, legrado, Laparotomía).

Sexo del producto.

Peso del producto.

Indicación de la cesárea.

Método anticonceptivo adoptado inmediatamente después de la resolución de su embarazo.



IX.- RESULTADOS

Se revisaron y analizaron las fuentes de información del Hospital General de Mexicali, reportes de guardia diarios donde se registran cada uno de los procedimientos quirúrgicos que se realizan dentro de este hospital, los expedientes correspondientes si en su caso fuera necesario obtener otra información. El periodo comprende desde el día 21 de diciembre de 2005 al 20 de diciembre del 2007.

En el hospital se resolvieron un total de 13, 817 embarazos durante este periodo, estos fueron un total de 12,226 nacimientos, 7758 correspondieron a mayores de 19 años (63.46%) y 4468 a adolescentes, (36.54%); la forma de resolución del nacimiento fue de 5724 partos (61.87%) en mayores y 3528 (38.13%) en adolescentes, 2034 (68.40%) nacieron por cesárea para las mayores de 19 años y 940 (31.60%) para las adolescentes.

El resto de los embarazos terminaron en aborto o embarazos ectópicos, de ellos hubo un total de 1515 legrados, 1051 (69.38%) en mujeres mayores de 20 años y 464 (30.62%) en adolescentes. 76 embarazos ectópicos, 68 (89.48) en mayores y 8 (10.56) en adolescentes.

El numero de embarazos que se resolvieron al momento de su ingreso se dividieron de acuerdo a la edad de la madre, pacientes de doce años se atendieron 1 paciente, de trece años 31, de catorce 144, quince 478, dieciséis 810, diecisiete 1158, dieciocho 1228 y diecinueve 1091, para hacer un total de 4941 pacientes, siendo el porcentaje mas alto para la edad de 18 años con 24.85%.

El número de gestaciones a su ingreso al servicio fue de 3523 primigestas, 1145 secundigestas, 237 trigestas y 36 multigestas, destacando la paciente con mayor número de gestas de 19 años con 8 gestaciones, 4 partos y 4 abortos. La paciente con mayor número de cesareas fue de 19 años con 4 gestaciones y 4 cesareas.



Del total de los legrados, 416 fueron del 1er trimestre, 35 del segundo trimestre con un peso promedio de 324.14 gramos, y 13 por embarazo molar. El sexo de los productos obtenidos fue de 2282 masculinos y 2220 femeninos. Hubo un total de 26 productos óbitos con un peso promedio de 1339 grs., 82 preterminos peso promedio de 1104.26 grs., 34 gemelares, 9 distocias por parto. El peso de los productos fue en promedio de 3198.25 gramos, El producto de mayor peso obtenido por cesárea el 23 de enero 2007 en paciente primigesta, peso 5100 grs. producto óbito y el 09 abril 2006, primigesta peso 5015 grs.; producto con hidrocefalia. Por parto el 10 oct 2006 paciente primigesta de 18 años peso 4600 gramos.

Las principales complicaciones que se tuvieron durante el parto fueron 17 desgarros de IV grado, 6 hemorragias postparto, 4 inversiones uterinas, 1 dehiscencia de histerorrafia, 1 paciente que termino en histerectomía obstétrica por atonía uterina. El mayor número de pacientes complicadas durante el embarazo fueron por preeclampsia severa en 50 pacientes, 19 con eclampsia de las cuales 16 se resolvieron por cesárea y 3 por parto. 2 pacientes con VIH una por parto y otra por cesárea. Ocurrieron 3 muertes maternas, una en 2006, paciente de 17 años con Dx de defunción de coagulación intravascular diseminada mas talasemia mas choque séptico, cuyo embarazo se resolvió por parto y dos en 2007 ambas de 19 años con Dx de eclampsia, diabetes insípida y probable hemorragia pulmonar, y la segunda paciente con preeclampsia severa, neumonía intrahospitalaria, insuficiencia renal terminal y hemorragia subdural.

Las indicaciones de las 940 cesareas realizadas son las siguientes: desproporción cefalo pélvica 259, cesárea previa mas periodo ínter genésico corto 132, baja reserva fetal 109, presentación pélvica 80, preeclampsia severa 44, sufrimiento fetal agudo 39, expulsivo prolongado 32, cesárea iterativa 28, embarazo gemelar 26, oligohidramnios severo



26, taquicardia fetal persistente 25, falla en la progresión del trabajo de parto 17, eclampsia 16, producto pretérmino 16, producto transverso 11, productos con gastrosquisis 8, ruptura prematura de membranas de larga evolución 8, Bishop desfavorable 8, desprendimiento prematuro de placenta 6, condilomatosis vulvovaginal 5, occipito posterior persistente 5, corioamnioitis 4, cesárea previa 4, distocia de partes blandas 4, prolapso de cordón 3, inminencia de eclampsia 3, producto con higroma quístico en cuello 2, producto dismórfico 2, madre cardiópata 2, inductoconducción fallida 2, Síndrome de Hellp 2, placenta previa 1, ruptura uterina previa 1, producto con hidrocefalia 1, madre con rabdiomiosarcoma 1, madre con secuelas de fractura de cadera 1, madre VIH + 1, madre con IVPH 1, pérdida gestacional recurrente 1, madre con quiste torcido de ovario 1, útero didelfo 1, producto con ventriculomegalia 1, inserción baja de placenta 1.

Los métodos aplicados o realizados inmediatamente después del procedimiento quirúrgico fueron la colocación de 405 dispositivos intrauterinos y 46 salpingoclasias, estos resultados sin contar la aplicación de DIU en piso, ni el número de hormonales otorgados.

El número de consultas otorgadas en el módulo del adolescente tan solo fue de 4,000 consultas, comparado con los 4468 nacimientos, solo tuvieron un promedio de visita a control prenatal de 0.89.



X.- DISCUSION

El numero de adolescentes en el estado de Baja California es tan elevado como en los estados del Sur del País, correspondiendo a un 18.43% del total de la población, en el municipio de Mexicali es muy similar con un 18.23%, un 8.94 % corresponde a la población adolescente de 10 a 19 años y de ellas 60,788 adolescentes se encuentran entre las edades de 12 a 19 años (7.10% del total de la población en el municipio de Mexicali), rango de edad en el cual se identificaron madres embarazadas.

El principal motivo de ingreso de este grupo de edad al Hospital General de Mexicali fue el embarazo, comparado con las estadísticas de otros países, el porcentaje en nuestro hospital se encuentra muy por arriba de la media nacional y mundial, sin embargo las estadísticas sobre todo en países subdesarrollados en condiciones similares al nuestro son muy pocas o nulas. En nuestro hospital correspondió al 36.54% del total de embarazos. El grupo de edad con el mayor numero de embarazos fue el de 18 años con un 24.85%. Predomino la paciente primigesta con un 71.31%. La vía de resolución del embarazo fue del 71.41% por parto, 19.02% por cesárea, 9.39% legrados y 0.16% embarazos ectópicos, el porcentaje de nacimientos vía cesárea fue de 21.03% el cual se encuentra dentro de la media nacional a diferencia de las mayores de 19 años que en nuestro hospital correspondió a un 26.21 % de interrupción vía cesárea. Las principales indicaciones de cesárea fueron en porcentajes similares a la del resto de la población. El número de complicaciones obstétricas al momento de la atención del parto no fueron mayores respecto al resto de los partos resueltos, fue mas frecuente los productos preterminos, sin una diferencia significativa, los pesos obtenidos de todos los productos estuvieron adecuados para la edad gestacional. Se presentaron 3 muertes maternas durante este periodo,



dos directamente relacionadas con el embarazo y una más por enfermedad previamente adquirida que se complicó con el embarazo. La aplicación de un método anticonceptivo fue baja inmediatamente después de la atención, sin embargo aumento de manera muy importante al momento de encontrarse en piso, previo a su egreso. El número de consultas otorgadas en el módulo del adolescente es de 0.89 visitas de acuerdo al número de nacimientos, es decir menos de 1 consulta en todo su embarazo, lo que indica que se requiere más número de médicos para la atención de estas pacientes, que debe haber mayor promoción de la atención de la adolescente y capacitar a los médicos de los diversos centros de salud para que se de una atención integral, se detecten factores de riesgo, canalicen a las pacientes a este módulo y se les de seguimiento.

La prevención primaria y secundaria es fundamental en la adolescente, debe enfocarse a la educación sexual en escuelas, medios de comunicación y padres de familia ya que el 71% fue su primer embarazo y un gran número de ellas no desea el embarazo. Debemos enfocar nuestra atención en la concientización de lo que conlleva un embarazo a esta edad, el abandono de la escuela, la no realización personal, las responsabilidades que se asumen como madre, el cambio de vida tan drástico para una madre que aun no termina su etapa de adolescente, la problemática para el padre adolescente y las repercusiones en el hijo.

Todos estos factores debemos tomarlos en cuenta al momento de llevar el control de la embarazada adolescente, entender su problemática y frustraciones, su manera de pensar y de sentir, la situación por la cual atraviesa, apoyarla, orientarla y darle confianza lo que le otorga seguridad durante su embarazo. Conversar y escuchar sus dudas y temores, orientar para el buen término de la gestación. Debemos de apoyarnos en un equipo multidisciplinario comprometido con su paciente, capacitado en el tema y dispuesto a dar lo mejor de sí.



XI.- CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescente es muy frecuente en este hospital y esta por arriba de la media nacional requiere de un manejo integral, la estrategia debe de contar con factores protectores y factores de riesgo psicosociales que conlleven a una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño. Estos factores protectores deben incluir una familia unida, un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y una pareja con conductas adecuadas. Los factores de riesgo tanto maternos como psicosociales deben de ser abordados con prontitud por el equipo medico para conllevar un embarazo más cercano a la normalidad.

Los resultados de este trabajo nos demostraron que el 36.54% de todos los nacimientos fueron en mujeres adolescentes, el índice de cesareas esta por debajo que el de las madres mayores de 19 años, la indicación principal fue la desproporción céfalo pélvica, no hubo un incremento en las complicaciones en los embarazos resueltos por parto, el peso de los productos estuvo dentro de lo esperado para la edad gestacional, el numero de consultas otorgadas es muy inferior para el numero de embarazos por lo cual se debe reforzar este aspecto dentro y fuera del hospital, capacitando a los diversos médicos para que se ofrezca un adecuado control prenatal.

El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales. El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbilidad materna por lo avanzado de la edad gestacional, y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza. La continuación del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación. El embarazo y parto en las adolescentes



reconoce un riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal. La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable. Para el adecuado control y seguimiento de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.



XII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Registro estadístico del Hospital General de Mexicali, Departamento de Ginecología y Obstetricia, 2006,2007.
- 2.- INEGI (Censo de Población 2005).
- 3.- CONAPO
- 4.- NOM-007-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la atención de La mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- 5.- FASTEN Network Teen Pregnancy. Embarazo en adolescentes y Nacimientos. Reportes Nacionales de Estadísticas Vitales, Vol. 51, No.2 diciembre 18,2002 (pp. 5-6).
- 6.- Mariam R chaco, MD y cols, Pregnancy in adolescents. Last Literature review version 16:1 January 2008.
- 7.- Juan R. Issler. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina No. 107 agosto/2001.
- 8.- Partos, Embarazos y Actividad Sexual en Adolescentes Latinos en los Estados Unidos. The Nacional Campaign to Prevent Teen Pregnancy: octubre 2006.
- 9.- Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Carlos González /garza y cols. Salud Publica Mex v.47 n3, Cuernavaca mayo/jun 2005.
- 10.- 2008 Sherburne County Adolescent Sexual Health Report. Minnesota Organization on Adolescent Pregnancy, Prevention and Parenting.
- 11.- El embarazo de las adolescentes en México. Vicente Díaz Sánchez. Gaceta Médica de México, Vol. 139 Suplemento 1, Julio- Agosto 2003.



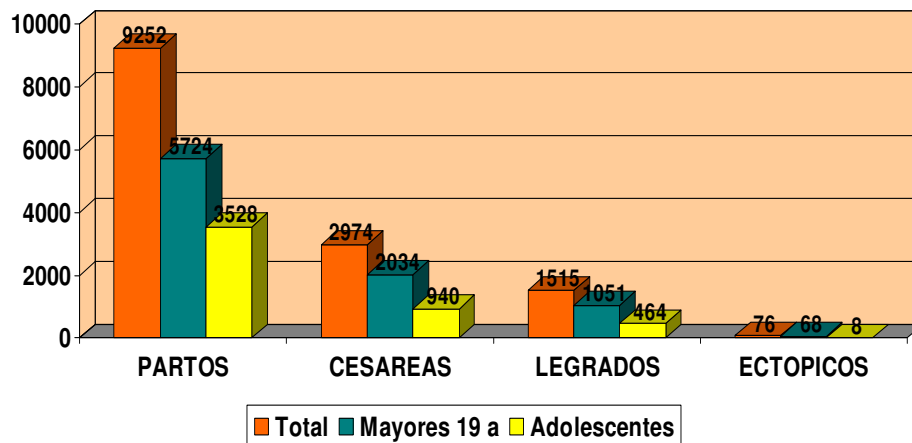
- 12.- La tasa de nacimientos entre adolescentes sigue disminuyendo; las adolescentes afro americanas registran el descenso más fuerte. Nacional Center for Health Statistics 2002.
13. Adolescentes en México: los desafíos por venir, Mario Luis Fuentes junio 2008.
- 14.-Teen pregnancy.
15. Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia 2007.
16. Programa de actualización continua en ginecología y obstetricia. 3 Edit. Intersistemas 2008.
17. Williams obstetricia. Cunningham, MacDonald. Edit Panamericana Argentina 20º Edición 2004.
18. Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros. CONAPO 2006, Doroteo Mendoza Victorino.
19. Embarazo en adolescentes. Últimos datos disponibles; Ximena Luengo y cols. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva 2006.
20. Wallemburg HC. Prevention of hypertensive disease of pregnancy Clin Exp Hypertens B7:121-37
21. Medline Plus.



XII.- ANEXOS

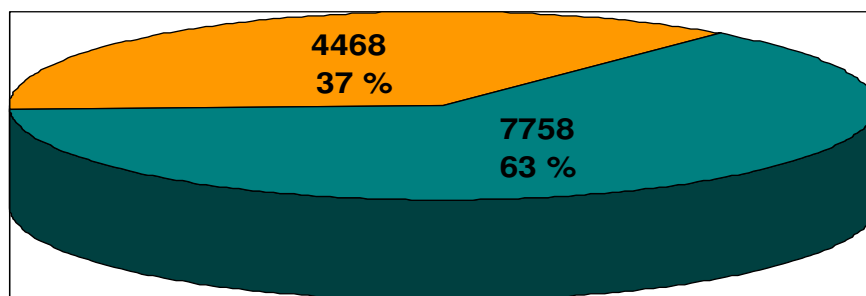
GRAFICA 1

NUMERO DE EMBARAZOS Y SU RESOLUCION EN MAYORES DE 19 AÑOS Y ADOLESCENTES



GRAFICA 2

TOTAL DE NACIMIENTOS

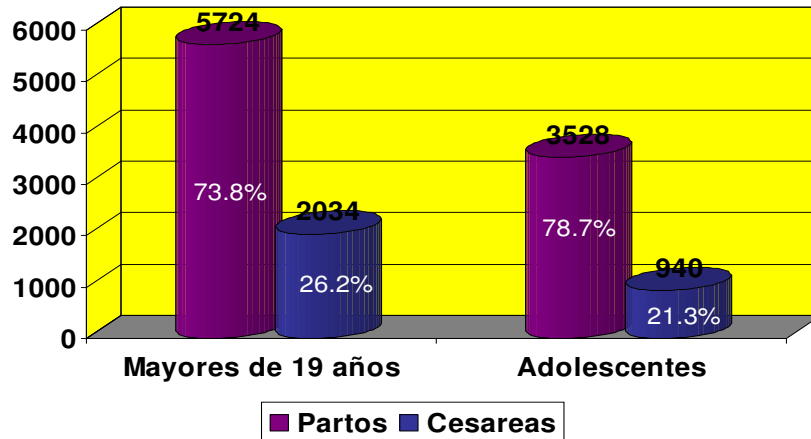


■ Mayores 19 a. ■ Adolescentes



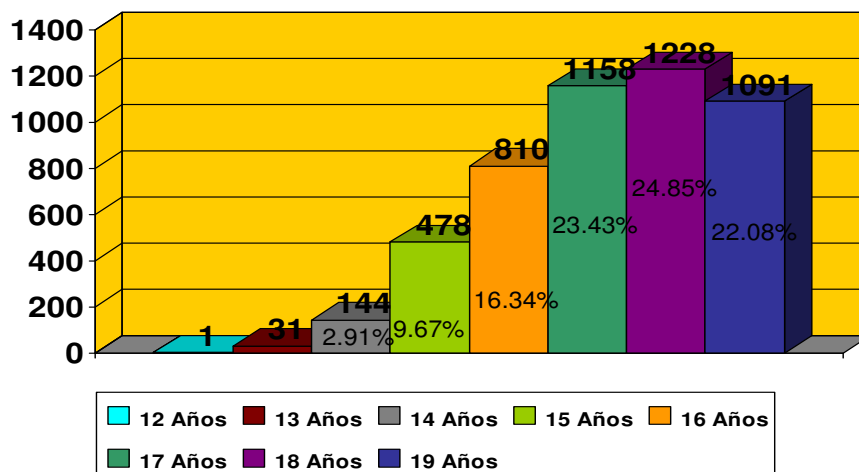
GRAFICA 3

Comparación del porcentaje de partos vs. cesareas en adolescentes y > 19 años



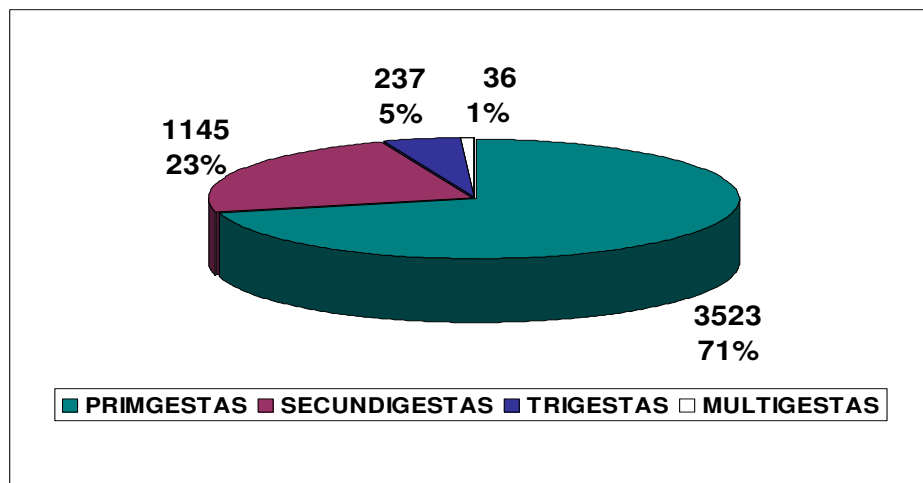
GRAFICA 4

Edad de la madre al momento de la terminación de su embarazo



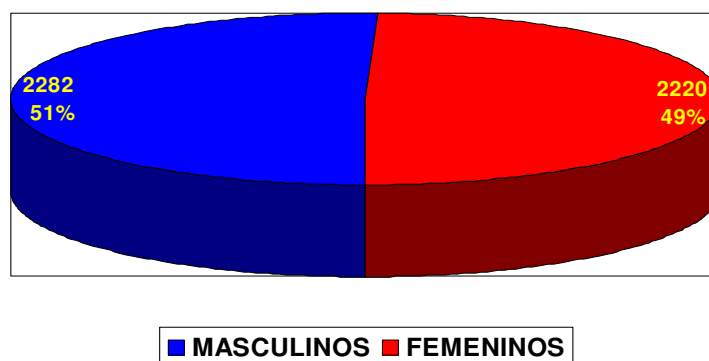
GRAFICA 5

NUMERO DE GESTACIONES



GRAFICA 6

Sexo de los productos



GRAFICA 7

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

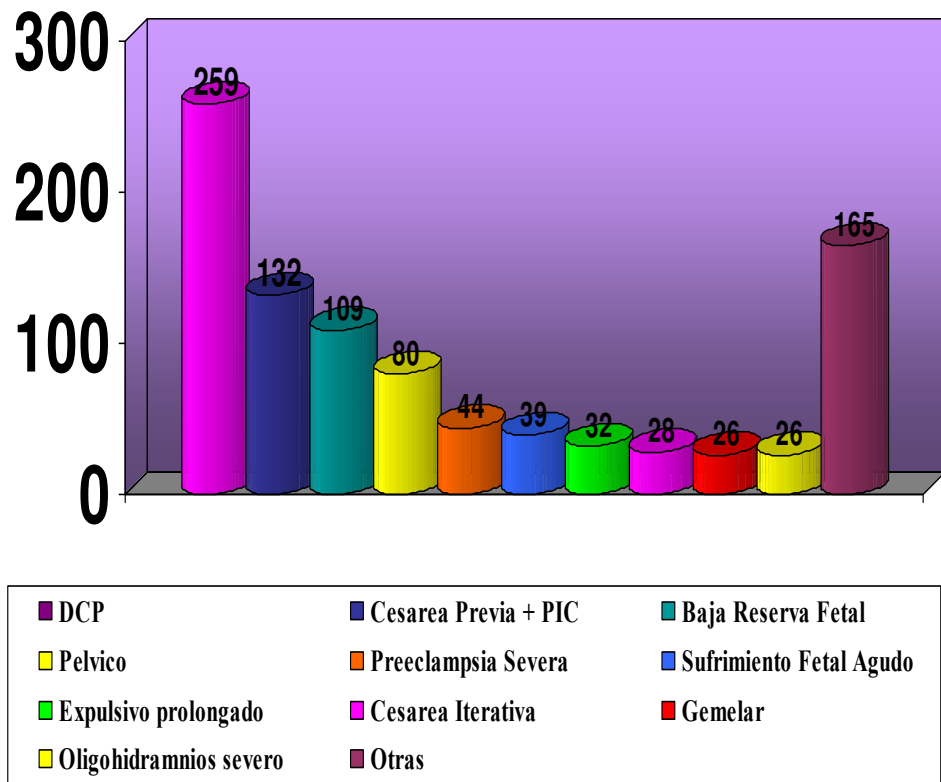


TABLA 1

Comparación del índice de total de nacimientos en adolescentes por grupo de edad en el 2000 y 2001 en EE.UU.

GRUPOS DE EDAD	NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES EN 2000	INDICE DE NACIMIENTOS EN 2000	NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES EN 2001	INDICE DE NACIMIENTOS EN 2002
10-14 AÑOS	7318	0.7	7781	0.8
15-19 AÑOS	424,670	42.9	445,944	45.3
15-17 AÑOS	138,296	23.2	145,324	24.7
18-19 AÑOS	286,374	72.7	300,620	76.1

TABLA 2

RELACION ENTRE ADOLESCENTES Y MAYORES DE 19 AÑOS, DURANTE EL 2006 y 2007.

	> 19 ^a	%	< 19 ^a	%	TOTAL
Nacimientos	7758	63.46	4468	36.54%	12226
Partos	5724	61.87	3528	38.13%	9252
Cesareas	2034	68.40	940	31.60%	2974
Legrados	1051	69.38	464	30.62%	1515
Ectópicos	68	89.48	8	10.52%	76



TABLA 3

INDICACION DE CESAREAS	2006	2007	TOTAL
Desproporción cefalo pélvica	140	119	259
Cesárea previa mas periodo ínter genésico corto	59	73	132
Baja reserva fetal	57	52	109
Presentación pélvica	41	39	80
Preeclampsia severa	20	24	44
Taquicardia fetal persistente	15	10	25
Expulsivo prolongado	14	18	32
Cesárea iterativa	13	15	28
Embarazo gemelar	12	14	26
Oligohidramnios severo	11	15	26
Eclampsia	10	6	16
Sufrimiento fetal agudo	9	30	39
Falla en la progresión del trabajo de parto	7	10	17
Productos con gastrosquisis	5	3	8
Producto transverso	5	6	11
Producto pretérmino	5	11	16
Ruptura prematura de membranas larga evolución	4	4	8
Prolapso de cordón	3	0	3
Corioamnioitis	3	1	4
Cesárea previa	3	1	4
Inductoconducción fallida	2	0	2
Condilomatosis vulvovaginal	2	3	5
Desprendimiento prematuro de placenta	2	4	6
Bishop desfavorable	2	6	8
Placenta previa	1	0	1
Inminencia de eclampsia	1	2	3
Síndrome de Hellp	1	1	2
Distocia de partes blandas	1	3	4
Ruptura uterina previa	1	0	1
Occipito posterior persistente	1	4	5
Producto con Hidrocefalia	1	0	1
Producto con higroma quístico en cuello	1	1	2
Producto dismorfico	1	1	2
Madre cardiópata	1	1	2
Madre con rabdiomiosarcoma	1	0	1
Madre con secuelas de Fractura de cadera	1	0	1





Madre VIH +	0	1	1
Madre con IVPH	0	1	1
Perdida gestacional recurrente	0	1	1
Madre con quiste torcido de ovario	0	1	1
Útero didelfo	0	1	1
Producto con ventriculomegalia	0	1	1
Inserción baja de placenta	0	1	1
TOTAL	456	484	940

