



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EMBARAZO DEL ALTO RIESGO EN LAS ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL “ADOLFO PRIETO”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. HUMBERTO CASTAÑEDA MANZANAREZ

Asesor:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Abril del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EMBARAZO DEL ALTO RIESGO EN LAS ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL “ADOLFO PRIETO”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. HUMBERTO CASTAÑEDA MANZANARES

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Abril del 2021

RESUMEN

El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que implica alteraciones fisiológicas, sociales y emocionales coincidentes con cada etapa. No obstante, cuando ocurre lo contrario, conceptualmente tenemos instalado un embarazo de alto riesgo. Un factor de riesgo obstétrico es cualquier característica o circunstancia médica, obstétrica o sociodemográfica que, en el curso de una gestación puede conllevar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal. El objetivo de la evaluación del riesgo obstétrico es poder poner en marcha acciones preventivas en función de esos factores de riesgo identificados para evitar complicaciones materno-fetales. Entre los factores de riesgo gestacionales están la hipertensión arterial, hemorragia, infección puerperal y aborto. Objetivo. Identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes. Metodología. Diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo, el universo de estudio fueron las usuarias adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General "Adolfo Prieto" de Taxco de Alarcón, Guerrero, durante el periodo 1° Agosto al 31 de Julio del 2019. La muestra fue de 41 adolescentes, se tomó en cuenta mediante un muestreo a conveniencia. Resultados. El estado civil de las adolescentes se encontró que el 70.7% está en unión libre, 75.6% son ama de casa y el 17.1% estudiante; su nivel de escolaridad el 53.7% cuenta con estudios de secundaria, el 92.7% refieren tener un nivel socioeconómico medio y el 7.3% bajo. y el 2.44% son indígenas y hablan náhuatl. En relación al diagnóstico de ingreso refiere el 19.5% que presento infección de las vías urinarias, el 14.6% con trabajo de parto, 12.2% con hipomovilidad fetal y sangrado transvaginal respectivamente y el 9.8% con preeclampsia. En relación a la enfermedad específica el 22% fue por preeclampsia severa, el 12.2% infección de transmisión sexual, 7.3% infección de vías urinarias y el 4.9% de eclampsia. Presentando falla orgánica metabólica el 12.2%, el 9.8% falla vascular, el 4.9% cardiaca, así como renal, hepática, múltiple en un 2.4%. El manejo que se le proporciona a la embarazada fue 14.6% cirugía de emergencia y el 4.9% ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y tratamiento de transfusión sanguínea respectivamente. El tipo de cirugía que se realizó fue el 21.95% cesárea y el 2.44% legrado. En relación al riesgo preconcepcional el 78% de las pacientes presentan alguna comorbilidad (9.5% presento obesidad, el 17.1% presento infecciones de transmisión sexual, el 14.6% desnutrición y hematológicas respectivamente y 9.8% inmunológicas). En relación a los antecedentes Gineco-Obstetras las adolescentes el 24.4% le han realizado una cesárea y el 4.9% tubo dos cesáreas solo el 4.9% ha tenido un aborto y 2.4% tubo un embarazo ectópico y solo el 4.9% mencionaron que su bebé nació muerto. Las adolescentes mencionaron que el 7.3% si ha presentado complicaciones. En relación el embarazo actual refiere el 80.5% que llevo control prenatal y el 19.5% no. Mencionaron que cuando su embarazo se complico fue en el anteparto en un 80% y el 7.3% en el intraparto y el 12.2% y refieren que cuando se complicó su embarazo fue en la semana 34 a 40 SDG al termino del embarazo y el 9.8% de 25

a 30 SDG y 7.3% de la 31 a 35 SDG y su embarazo concluyó en 26.8% en cesárea. 7.3% parto, 2.4 % aborto y el 51.2 % continúa embarazada y el estado del RN fue 19.5% producto vivo y el 7.3% muerto. En relación del egreso hospitalario el 41.5% fue de alta por mejoría, 9.8% alta voluntaria y el 7.3% traslado por complicación. El 43.9% no egreso con método de planificación y solo el 9.8% si acepto método anticonceptivo como es el DIU en un 9,8% y OTB el 2.4%). Conclusión. El embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo que causa un aumento en la morbimortalidad materna en este grupo de población.

Palabras Clave: Embarazo, Alto Riesgo, Adolescentes

SUMMARY

Pregnancy is a natural process of the female body that involves physiological, social and emotional alterations that coincide with each stage. However, when the opposite occurs, conceptually we have a high-risk pregnancy installed. An obstetric risk factor is any medical, obstetric or sociodemographic characteristic or circumstance that, in the course of a pregnancy, can lead to an increase in both maternal and fetal morbidity and mortality. The objective of obstetric risk assessment is to be able to implement preventive actions based on these identified risk factors to avoid maternal-fetal complications. Gestational risk factors include high blood pressure, hemorrhage, puerperal infection, and abortion. Objective. Identify risk factors for adolescent pregnancy. Methodology. Descriptive, cross-sectional and quantitative methodological design, the study universe was pregnant adolescent users treated at the General Hospital "Adolfo Prieto" in Taxco de Alarcón, Guerrero, during the period August 1 to July 31, 2019. The sample It was 41 adolescents, it was taken into account through a convenience sampling. Results. The marital status of the adolescents was found that 70.7% are in common law, 75.6% are housewives and 17.1% are students; 53.7% have a secondary education level, 92.7% report having a medium socioeconomic level and 7.3% low. and 2.44% are indigenous and speak Nahuatl. Regarding the admission diagnosis, 19.5% reported a urinary tract infection, 14.6% with labor, 12.2% with fetal hypomobility and transvaginal bleeding, respectively, and 9.8% with pre-eclampsia. In relation to the specific disease, 22% were due to severe preeclampsia, 12.2% sexually transmitted infection, 7.3% urinary tract infection and 4.9% eclampsia. Presenting metabolic organ failure 12.2%, 9.8% vascular failure, 4.9% cardiac, as well as renal, hepatic, multiple in 2.4%. The management provided to the pregnant woman was 14.6% emergency surgery and 4.9% admission to the Intensive Care Unit (ICU) and blood transfusion treatment, respectively. The type of surgery performed was 21.95% caesarean section and 2.44% curettage. Regarding the preconception risk, 78% of the patients presented some comorbidity (9.5 presented obesity, 17. 1% presented sexually transmitted infections, 14.6% malnutrition and hematological respectively and 9.8% immunological). In relation to the gynecological obstetrician history, the adolescents 24.4% had a cesarean section and 4.9% had two cesarean sections, only 4.9% had an abortion and 2.4% had an ectopic pregnancy and only 4.9% mentioned that their baby was stillborn . The adolescents mentioned that 7.3% had complications. In relation to the current pregnancy, 80.5% reported that they had prenatal care and 19.5% did not. They mentioned that when their pregnancy was complicated it was in the antepartum in 80% and 7.3% in the intrapartum and 12.2% and they refer that when their pregnancy was complicated it was at week 34 to 40 SDG at the end of the pregnancy and 9.8% from 25 to 30 SDG and 7.3% from 31 to 35 SDG and their pregnancy concluded in 26.8% in cesarean section. 7.3% delivery, 2.4% abortion and 51.2% are still pregnant and the status of the

newborn was 19.5% live product and 7.3% dead. Regarding hospital discharge, 41.5% were discharged due to improvement, 9.8% were discharged voluntarily, and 7.3% were transferred due to complications. 43.9% did not discharge with a planning method and only 9.8% accepted a contraceptive method such as the IUD in 9.8% and OTB in 2.4%).

Conclusion. Pregnancy in adolescence is a risk factor that causes an increase in maternal morbidity and mortality in this population group.

Key Words: Pregnancy, High Risk, Adolescents

DEDICATORIAS

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi madre Sara Manzanares Reyes, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para un mejor futuro y por creerme mi capacidad, mi madre quienes con su palabras de aliento no me dejaban de desistir, para continuar adelante y siempre sea perseverante y cumpla con todas mis metas. Gracias a usted, por demostrarme que el verdadero amor es otra cosa que él desea inevitable de ayudar al otro para que yo me superara.

Gracias por haber fomentado a mí el deseo el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida, mis palabras no bastarían para agradecerle su apoyo, su comprensión, y sus consejos en los momentos difíciles, espero no defraudarla y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Este nuevo logro es en gran parte a usted madre; he logrado concluir con éxito esta licenciatura que en un principio podría parecer tarea titánica e interminable.

Con amor y Cariño.

C. HUMBERTO CASTAÑEDA MANZANAREZ

AGRADECIMIENTOS

Al concluir una etapa maravillosa de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, a aquellos que junto a mi caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza. Esta mención en especial para mis profesores, que me prepararon con sus conocimientos en las aulas y que se esforzaron arduamente en la enseñanza para realizarme profesionalmente.

A mis compañeros, que día a día nos enfocábamos en aprender y forjarnos como profesionales de enfermería, a todo el personal de enfermería que me brindaron sus conocimientos dentro de los hospitales en la realización de la práctica de enfermería.

A mi asesora de tesis la maestra Virginia Hernández García y al personal administrativo que hizo posible todo el trámite para obtener mi titulación como Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

Al centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizarla Licenciatura en Enfermería y Obstetricia incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

C. HUMBERTO CASTAÑEDA MANZANAREZ

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del Problema	4
1.3 Objetivos	7
II. Revisión de la Literatura	8
2.1 Conceptos.	8
2.2 Embarazo de riesgo	11
2.3 Indicadores de la calidad de la atención materno y perinatal	15
2.4 Control prenatal.	17
2.5 Complicaciones de alto riesgo	24
2.6 Estudios relacionados	30
III. Metodología	38
IV. Resultados y discusión	45
V. Conclusiones y sugerencias	91
VI. Bibliografía	93
Anexo "A" Consentimiento informado	98
Anexo "B" Instrumento de medición	99

ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad	47
4.2	Estado Civil	48
4.3	Ocupación	49
4.4	Nivel de escolaridad	50
4.5	Con quien vive	51
4.6	Nivel socioeconómico	52
4.7	Habla castellano	53
4.8	Es indígena	54
4.9	Fecha de ingreso hospitalario	56
4.10	Servicio al que ingreso	57
4.11	En este ingreso la paciente llevo	58
4.12	Diagnósticos de ingreso	59
4.13	Enfermedad específica	60
4.14	Tipo de enfermedad específica	61
4.15	Falla orgánica	62
4.16	Manejo específico	63
4.17	Tipo de cirugía	64
4.18	Las pacientes presentan alguna comorbilidad	65
4.19	Antecedentes de problemas sociales	67
4.20	Número de embarazos	68
4.21	Número de partos	69
4.22	Número de cesáreas	70
4.23	Número de abortos	71
4.24	Número de embarazos ectópicos	72
4.25	Número de embarazos molar	73

4.26	Productos nacidos vivos	74
4.27	Productos nacidos muertos	75
4.28	Periodo intergenésico	76
4.29	Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores	77
4.30	Llevo control prenatal	78
4.31	Semana de gestación al inicio del control prenatal	79
4.32	Número de consultas al inicio del control prenatal.	80
4.33	Momento de la complicación del embarazo	81
4.34	Semanas de gestación al término del embarazo	82
4.35	Como concluyo el embarazo	83
4.36	Estado del recién nacido	84
4.37	Peso del recién nacido	85
4.38	Motivo de egreso hospitalario	86
4.39	La paciente egreso con método de planificación	87
4.40	En caso de egreso por traslado	89

ÍNDICE DE FIGURAS

No. De Figuras		Pág.
4.1	Edad	47
4.2	Estado Civil	48
4.3	Ocupación	49
4.4	Nivel de escolaridad	50
4.5	Con quien vive	51
4.6	Nivel socioeconómico	52
4.7	Habla castellano	53
4.8	Es indígena	54
4.9	Fecha de ingreso hospitalario	56
4.10	Servicio al que ingreso	57
4.11	En este ingreso la paciente llevo	58
4.12	Diagnósticos de ingreso	59
4.13	Enfermedad específica	60
4.14	Tipo de enfermedad específica	61
4.15	Falla orgánica	62
4.16	Manejo específico	63
4.17	Tipo de cirugía	64
4.18	Las pacientes presentan alguna comorbilidad	65
4.19	Antecedentes de problemas sociales	67
4.20	Número de embarazos	68
4.21	Número de partos	69
4.22	Número de cesáreas	70
4.23	Número de abortos	71
4.24	Número de embarazos ectópicos	72
4.25	Número de embarazos molar	73
4.26	Productos nacidos vivos	74

4.27	Productos nacidos muertos	75
4.28	Periodo intergenésico	76
4.29	Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores	77
4.30	Llevo control prenatal	78
4.31	Semana de gestación al inicio del control prenatal	79
4.32	Número de consultas al inicio del control prenatal.	80
4.33	Momento de la complicación del embarazo	81
4.34	Semanas de gestación al término del embarazo	82
4.35	Como concluyo el embarazo	83
4.36	Estado del recién nacido	84
4.37	Peso del recién nacido	85
4.38	Motivo de egreso hospitalario	86
4.39	La paciente egreso con método de planificación	87
4.40	En caso de egreso por traslado	89

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que implica alteraciones fisiológicas, sociales y emocionales coincidentes con cada etapa, siendo considerado saludable cuando su evolución no implica desfavorablemente a la mujer y al feto/recién nacido. No obstante, cuando ocurre lo contrario, conceptualmente tenemos instalado un embarazo de alto riesgo. Entre los factores de riesgo gestacionales están los que pueden desarrollarse en el embarazo como agravamientos obstétricos directos como por ejemplo la hipertensión arterial, hemorragia, infección puerperal y aborto. Por otro lado, existen las causas obstétricas indirectas representadas por factores anteriores al embarazo y caracterizadas por condiciones sociodemográficas desfavorables, perfil individual, historia reproductiva anterior y patologías preexistentes (Kassebaum et al, 2014).

La adolescencia podemos clasificarla en tres fases: temprana de los 10 a los 13 años, media de los 14 a los 16 años y tardía de los 17 a los 19 Años. El embarazo en cualquiera de estas etapas adolescentes supone un riesgo potencial para la salud maternofetal, si bien es cierto que el riesgo era mayor cuanto menor sea la edad de la adolescente embarazada. Además, el embarazo adolescente se le suelen añadir algunas situaciones poco alentadoras, como son el inicio tardío del control prenatal y la falta de seguimiento de embarazo. Estos factores son los responsables probablemente de ese aumento del riesgo perinatal en este grupo de mujeres (AMIRSALUD).

El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna fetal y neonatal, condicionado en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. Es común que la madre joven presente problemas tales como anorexia, bulimia, desnutrición

y obesidad. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Aunado a lo anterior, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal (World Health Organization, 2011).

El enfoque de atención obstétrica en adolescentes debe ser preventivo, con un control prenatal de calidad que permita buenos resultados perinatales mediante la educación integral en salud reproductiva es fundamental, trascendental y prioritaria para el desarrollo del país.

La atención primaria de la salud (APS) tiene dentro de sus funciones trabajar con los grupos poblacionales de riesgo de la comunidad, Esto permite una intervención promocional educativa dentro de las que se encuentran: educar sobre la necesidad de asumir la sexualidad de manera responsable en los adolescentes de ambos sexos; promover la planificación familiar y la maternidad y paternidad responsable, con el propósito de favorecer a la salud sexual y reproductiva así como desarrollar un sentimiento hacia la prevención. Estas medidas incidirán positivamente en el logro de indicadores relacionados con el embarazo en esta etapa de la vida (Fajardo, 2011).

1.1 Justificación.

La atención a la salud materno infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

La Muerte materna es inevitable, amplios estudios avalan que la intervención es eficaz, y que la inversión en maternidad sin riesgo no sólo reducirá la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción a la salud, son las más eficaces en la atención primaria (Guía de Práctica Clínica, 2009).

Desde el punto de vista social el embarazo precoz es un tema inquietante para los profesionales de la salud por derivar de conductas sexuales de los adolescentes, como resultado del inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales sin el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

El presente estudio tiene la finalidad de investigar el embarazo de alto riesgo en las adolescentes para proponer alternativas que ayuden a reducir la incidencia de las complicaciones para reducir la morbimortalidad materna.

1.2 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecen que los jóvenes entre 10 y 24 años de edad representan 25% de la población. Se estima que cuatro de cada cinco pertenecen a los países menos desarrollados. La UNICEF reporta que el 18% de la población mundial se encuentra entre los 10 a 19 años de edad. Dicha cifra varía entre las diferentes regiones, de tal manera que en los países con mayor índice de desarrollo los adolescentes representan 12% de la población y en los países en vías de desarrollo alcanzan 19%, mientras que en los menos desarrollados esta proporción casi se duplica al 23%. En América Latina y el Caribe, los adolescentes representan 19% de la población, como es el caso de nuestro país (UNICEF, 2012).

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud a nivel mundial, por las complicaciones y riesgos que implica para la madre y el niño, así como por su repercusión social (Cortés et al, 2015), considerándose más del 80% como embarazos no deseados o no planificados y provocados por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y producto de una relación débil de pareja, y en muchos casos fortuita y ocasional, donde la mayoría de las veces el padre del embrión es también un adolescente (González et al, 2016).

En América Latina y el Caribe es considerada como la región con la mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo, solamente siendo superada por África Subsahariana. En América Latina, un tercio de los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 años de edad, siendo casi el 20% de ellas menores de 15 años. A su vez, las proyecciones para décadas posteriores al año 2020 señalan

que América Latina y el Caribe alcanzarían las mayores tasas de fertilidad juvenil en todo el mundo (UNICEF, 2014).

La adolescencia se caracteriza por una baja presencia de las enfermedades que ponen en riesgo la vida. Es una etapa en la que se establecen relaciones interpersonales que determinan el futuro del individuo, tales como el noviazgo y en algunos casos, la formación de una familia. El adolescente está sometida a riesgos, como el consumo de alcohol, drogas ilícitas y el hábito de fumar (World Health Organization, 2011).

Respecto a la salud sexual y reproductiva, es común que en la adolescencia las relaciones sean de corta duración y con múltiples parejas. El uso de métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual es inadecuado. El embarazo durante la adolescencia puede calificarse como un problema de salud pública y una verdadera tragedia social. El número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo. La tasa de partos entre adolescentes se calcula tomando en cuenta el número de nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años de edad. La UNICEF reporta en el Estado Mundial de la Infancia 2011 una tasa de 51, con un notable contraste entre los países desarrollados (23) y los subdesarrollados (123). En América latina y el Caribe se tiene una tasa de 55 y en México una tasa notablemente alta de 90 (UNICEF, 2012).

Se estima que en el mundo se practican en adolescentes aproximadamente 3 millones de abortos no seguros cada año y que las tasas de mortalidad materna representan el 15% de todas las causas de muerte en mujeres jóvenes menores de 20 años (World Health Organization, 2012). En Chile nacen cada año alrededor de 40 355 recién nacidos cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se

agregan otros 1175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16.16% (Venegas y valles, 2019). En Colombia se calculó que 19.7% de las adolescentes menores de 18 años han dado a luz y de ellas 2.3% lo han hecho antes de los 15 años, siendo las cifras más preocupantes las que incluyen adolescentes sin escolaridad y en situación de pobreza (Profamilia Salud Materno Infantil, 2010).

En Cuba se estima que el 17% de la población tendrá menos de 15 años, proporción que se prevé que disminuirá hasta el 12% en los próximos 20 años. Es, por tanto, contradictorio y alarmante el continuo incremento de la fecundidad en adolescentes en los últimos años, transitando desde 44.9 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años en el 2005, hasta 54.8 en el 2013, siendo esta la única tasa que ha aumentado su peso relativo, pero lo más preocupante es que también se ha incrementado la tasa de aborto, la cual llegó a ser superior a la de todas las mujeres en edad reproductiva (Castro et al, 2014). En México, el INEGI reporta que en 1990 la proporción de nacimientos registrados de madres adolescentes alcanzó 18%, y en 2010 fue de 18,8%. Los estados del norte del país, como Chihuahua y Coahuila reportaron 23 y 21%, respectivamente, mientras que el Distrito Federal reportó la proporción más baja de 16.5% (Mancilla, 2012).

Por lo anterior expuesto es importante ¿Identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes?

1.3 Objetivo.

1.3.1 Objetivo General

1.3.1.1 Identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Conocer la incidencia del embarazo de alto riesgo en las adolescentes

1.3.2.2 Proponer alternativas de solución para incidir en la disminución de la morbimortalidad en el embarazo en las adolescentes.

II. Revisión de la Literatura

2.1 Conceptos.

Embarazo normal.

Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (Guía Práctica Clínica, 2009).

Control Prenatal.

Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal (Guía Práctica Clínica, 2009).

Riesgo.

En medicina el riesgo se define como la probabilidad de que se presente un hecho negativo en la salud. Su asignación expresa numéricamente la posibilidad de sufrir el evento adverso y se debe entender como una medición de algo incierto, ya que el hecho de tener un riesgo, no necesariamente implica que quien lo tenga va a sufrir el daño; igualmente, no se puede asegurar que quien no tenga tal riesgo no pueda sufrir el mismo daño.

El estudio de los grupos de individuos permite obtener la probabilidad de que el daño se presente en la población, sin embargo, es imposible predecir en cuál individuo en particular se presenta el daño (Zuleta y Gómez, 2015).

Factor de Riesgo.

Es una circunstancia del individuo o de su medio que le aumenta la probabilidad de padecer un daño. Cuando está presente en un grupo hace que en este haya un mayor número de afectados en comparación con aquel grupo que no presenta esa característica o factor de riesgo. La importancia de los factores de riesgo radica en que son identificables u observables antes de la ocurrencia del daño que predicen, por tanto, en muchos casos, se pueden intervenir con el fin de intentar disminuir la frecuencia de aparición del daño. Los factores de riesgo son múltiples: biológicos, sociales, culturales, económicos e institucional, entre otros (Zuleta y Gómez, 2015).

Factor protector.

Igualmente existen algunos individuos con varias características comunes que les confieren menor probabilidad de presentar un daño. Su importancia radica en que se deben implementar medidas que confieran esta protección a otros grupos o individuos (Zuleta y Gómez, 2015).

Asignación del riesgo.

A partir de los estudios epidemiológicos se logra identificar cuales factores predisponen a la aparición de determinadas enfermedades o de la muerte. La primera aproximación al riesgo de una mujer en particular se da por la incidencia del desenlace negativo en la población a que ella pertenece; sin embargo, es un

indicador poco específico por la gran variabilidad que existe dentro de los diferentes grupos humanos. Esta incidencia se obtiene al dividir el número de casos nuevos de la enfermedad que se presentan en la población en un periodo de tiempo determinado por el número total de personas que estuvieron expuestas al FR en ese mismo periodo. La labor del médico está en detectar aquellas condiciones que previamente se confirmaron como predisponentes o como protectoras de los desenlaces negativos y con base en ellas asignar el riesgo individual de la mujer. Un principio básico en la prevención es que la intensidad de las intervenciones para reducir el riesgo se debe ajustar al riesgo absoluto de la persona, es de esperar que en la medida que la cuantificación del riesgo sea más exacta, mejor será el resultado de las intervenciones. Algunos autores plantean la asignación de un valor numérico a la presencia o ausencia de diferentes factores de riesgo (FR) con el fin de obtener un puntaje que refleje el grado de riesgo de la mujer, pero no se demuestra su utilidad clínica, por tanto, actualmente su empleo no se recomienda (Zuleta y Gómez, 2015).

Enfoque de riesgo.

Es un método que se emplea para identificar grupos específicos de individuos con diferentes necesidades con el fin de brindarles cuidados preventivos, vigilancia y tratamientos oportunos y adecuados; su implementación, tanto en problemas crónicos como agudos e independientemente de la causa, implica la redistribución de los recursos a favor de los grupos con mayores probabilidades de sufrir la enfermedad, la incapacidad o la muerte. Como la presencia de la enfermedad es el resultado de la interacción de muchos factores: biológicos, genéticos, ambientales, psicológicos, sociales, económicos y culturales, al identificar cuáles de ellos son los que predominan en la población se puede intentar modificarlos con el fin de prevenir la enfermedad o sus secuelas.

Las mujeres embarazadas y los niños son especialmente susceptibles a padecer enfermedades y complicaciones; por tanto, son grupos donde es muy valioso implementar la atención con base en el enfoque de riesgo (ER). Este plan se puede emplear como guía para diseñar las intervenciones, asignar recursos, ampliar la cobertura y mejorar la referencia oportuna, todo con la finalidad de disminuir la morbilidad materna y perinatal. Para ratificar lo dicho antes la OMS afirma que toda mujer embarazada enfrenta un riesgo, ya que el 66% de las mujeres que fallecieron no tenían factores de riesgo (Zuleta y Gómez, 2015).

2.2 Embarazo de riesgo.

Hace referencia a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados materno-fetales. La gestación de riesgo hace referencia también a aquella mujer que presenta una patología médica que pudiera verse influida negativamente por el curso de un embarazo. En ambos casos, la gestación de riesgo conlleva conductas de manejo específicas, un mayor número de visitas prenatales, así como la implicación en muchas ocasiones de especialistas médicos distintos al obstetra y la atención en un nivel asistencial más especializado.

La evaluación del riesgo obstétrico debería comenzar en la visita preconcepcional, entendiéndose esta como la que se realiza antes de la concepción, y que tiene como objetivo identificar aquellas situaciones médicas y sociales que pueden ser optimizadas antes de la gestación, para incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable. Además, se debe reevaluar y actualizar la clasificación del riesgo obstétrico en cada visita prenatal, ya que las

condiciones particulares de cada mujer y de su gestación pueden ir variando a lo largo de las semanas.

Un factor de riesgo obstétrico es cualquier característica o circunstancia médica, obstétrica o sociodemográfica que, en el curso de una gestación puede conllevar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal con respecto a la población general. El objetivo de la evaluación del riesgo obstétrico es poder poner en marcha acciones preventivas en función de esos factores de riesgo identificados para evitar complicaciones materno-fetales (AMIRSALUD)

Organización de la atención obstétrica según el riesgo.

El embarazo de alto riesgo, (AR), es aquel que representa para la mujer o para su feto o recién nacido una probabilidad de un resultado adverso mayor que la incidencia de ese resultado en la población general. Con la base en la presencia del riesgo se programan el nivel de complejidad del sitio y del personal que se encargara de realizar la atención y la necesidad de hacer intervenciones diagnósticas o de tratamientos adicionales a las que rutinariamente se practican al resto de las embarazadas. La mayoría de los embarazos no se catalogarán como de alto riesgo (AR) según esta definición y el objetivo de su atención es asesorar, tranquilizar, educar y apoyar a la mujer y a su familia, solucionar las molestias menores que induce la gestación y confirmar, mediante la atención y los exámenes de laboratorio, que la mujer continua con bajo riesgo (BR). Para la pequeña proporción de mujeres que se clasifican como de alto riesgo (AR), se adiciona a este plan general la implementación de acciones dirigidas a prevenir, detectar en forma temprana y tratar los factores o problemas que afectan de manera adversa la salud de la madre o hijo. A pesar del consenso que se tiene en cuanto a los beneficios de la atención prenatal no existe un plan de atención que

se acepte de manera universal; en cada país o incluso en cada institución de salud se tienen programas diferentes (Zuleta y Gómez, 2015).

La gestante adolescente presenta un riesgo superior de trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer, anemia y una mayor tasa de cesáreas y partos difíciles. Tienen mayor riesgo de abandono de los estudios y de depresión, así como un elevado índice de recurrencia en las siguientes generaciones (las hijas de madre adolescentes tienden a serlo también). En las jóvenes menores de 15 años. El embarazo tiene consecuencias también sobre su desarrollo físico: se produce una soldadura precoz de los cartílagos y en caso de amamantar a su hijo puede producirse una desmineralización ósea (AMIRSALUD).

Además, cuando sucede un embarazo en mujeres muy jóvenes, frecuentemente ocurren en un marco de sexualidad temprana, múltiples contactos sexuales, ausencia de métodos anticonceptivos o consumo de sustancias tóxicas o malnutrición, circunstancias que añadidas a la corta edad de la mujer pueden agravar aún más el curso de la gestación. Por último señalar que en este grupo de mujeres existe una elevada incidencia de interrupción voluntaria de la gestación. Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y de Igualdad de España, en el año 2016 se produjeron un total de 93131 abortos, de los cuales un 10.5% correspondió a mujeres de menos de 19 años (AMIRSALUD).

La propuesta de la OPS “El camino para la supervivencia de la muerte materna” describe 4 retrasos que influyen de manera negativa en los resultados maternos perinatales:

1. Incapacidad para reconocer los signos y síntomas de las complicaciones mortales por parte de la mujer o familia.
2. Retraso en la decisión de buscar atención calificada por parte de la mujer o su familia.
3. Dificultades para el traslado de la mujer hasta el sitio de atención.
4. Atención inoportuna o inadecuada en los establecimientos de salud.

Para reducir estos retrasos u obstáculos no sólo se requiere la participación del personal de la salud sino también el compromiso de otros actores sociales. Las intervenciones que se proponen para superar estos retrasos son:

1. Ayudar a las mujeres, sus familias y la comunidad a reconocer los signos y síntomas de peligro, esto implica capacita a la mujer, a su compañero, a su familia y a la comunidad no solo para identificar los signos y síntomas de alarma sino también para saber cómo actuar ante su presencia. Es necesario investigar y conocer las costumbres culturales propias de las comunidades que pudieran influir positiva o negativamente en los comportamientos de la familia o la mujer.
2. Ayudar a las mujeres, a sus familias y a la comunidad en la decisión de buscar atención calificada. Es necesario identificar cuáles son los factores que llevan a que no consulten a pesar de contar con la institución de salud; entre otras puede ser la desconfianza hacia el personal de la salud, los costos o la influencia del esposo o de otros familiares.
3. Ayudar a las mujeres a obtener la atención adecuada
4. Asegurarse de que las mujeres reciban una atención a demanda en los establecimientos de salud. El personal de salud debe tener la capacitación y la actualización necesarias y la institución debe contar con los recursos suficientes para poder resolver las complicaciones médicas. Lo que se pretende con este enfoque integral es prevenir los retrasos o problemas y establecer acciones coherentes para mejorar la salud de la madre y el hijo (Zuleta y Gómez, 2015).

2.3 Indicadores de la calidad de la atención materno y perinatal.

Los resultados finales de todo el proceso de atención materna y perinatal se pueden evaluar con múltiples indicadores como el bajo peso al nacer del recién nacido, las tasas de prematuridad o la morbilidad obstétrica grave; sin embargo los más importantes son la mortalidad materna y la mortalidad perinatal.

Mortalidad materna.

Se define muerte materna como aquella que se presenta en cualquier momento del embarazo, independiente de la ubicación de la gestación, hasta los 42 días posparto. La causa de la muerte debe relacionarse directamente o agravarse por la gestación; por tanto, se excluyen las causas accidentales o incidentales. La muerte después de los 42 días y hasta el año posparto es una muerte materna tardía que actualmente no se consideran para el cálculo de la razón de mortalidad materna.

Mortalidad perinatal.

Existen tres definiciones de mortalidad perinatal que depende de la edad gestacional y el peso mínimo y el tiempo neonatal que se elijan:

1. Mortalidad perinatal 1. Son las muertes de productos de la gestación que ocurren desde la semana 28 de gestación o de productos con 1.000 gramos o más de peso hasta los primeros días de nacido.
2. Mortalidad perinatal 2. Incluyen las muertes de productos con 22 o más semanas de gestación o con 500 gramos o más de peso hasta los 28 días de nacido.

3. Mortalidad perinatal 3. Incluyen las muertes de productos desde la semana 22 de gestación, 500 gramos o más de peso hasta los 7 días de nacido. Esta es la definición empleada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y por el Ministerio de la Protección Social para hacer la vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal en Colombia (Zuleta y Gómez, 2015).

Estrategias para identificar los factores determinantes y las intervenciones para disminuir la mortalidad materna perinatal de acuerdo con la OMS (2011):

1. Todo centro de atención obstétrica debe contar con un comité de estudio y vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
2. Identificar los responsables de implementar los planes de mejoramiento (comunidad, sector salud, otros sectores) y las diferentes áreas a trabajar (actitud, recursos, habilidades) mediante la identificación de los retrasos propuestos por la OPS y realizar un análisis individual a cada caso de muerte materna y de muerte perinatal.
3. Identificar los factores de riesgo del ER y la identificación de los factores que indujeron la complicación (aprendiendo de las supervivientes”.
4. En la mortalidad perinatal es importante identificar el grupo por peso al nacer y momento de muerte que más contribuye a la mortalidad.
5. Vigilar la calidad en los procesos de atención materno perinatal dentro de un proceso de real auditoria de la calidad en la atención, independientemente de que se presenten o no muertes, con el fin de implementar mejoras a partir de las deficiencias que se detecten.

2.4 Control prenatal.

Desde 1929 el ministerio de salud del Reino Unido recomendó el inicio del control prenatal antes de las 16 semanas, con una historia clínica que describía todos los factores socioculturales, sicosociales y clínicos, valoración clínica y examen físico exhaustivo. El control prenatal es un excelente ejemplo de medicina preventiva, en 1942 se estableció como norma las visitas prenatales, la vigilancia clínica y paraclínica, la administración de complemento vitamínico a todas las gestantes; lográndose una disminución de la mortalidad materna de 319/100.000 nacidos vivos (NV) a 15/100.000 nacidos vivos en 1985 (Campo, 2015)

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2002) definen la atención prenatal como: “Un programa de atención integral antes del parto que implica un enfoque coordinado para la atención médica y apoyo psicosocial que comienza de forma óptima antes de la concepción y se extiende durante el período antes del parto”. El contenido de un programa integral incluye: la atención preconcepcional, diagnóstico precoz del embarazo, la atención inicial del mismo y visitas de seguimiento prenatal (Campo, 2015).

El control prenatal actualmente se clasifica como bajo de riesgo obstétrico (BRO), que representa el 70% de la población obstétrica y alto riesgo obstétrico (ARO); valoración que se debe establecer desde la primera visita, antes de la semana 13 de gestación, las visitas se realizan periódicamente entre las semanas 20 a 24, 28, 36 y luego se recomienda una concentración de las visitas al final de la gestación, puesto que las complicaciones son más frecuentes en este periodo (Campo, 2015).

Se conoce que cuanto más temprano se inicie el control prenatal, mayor será la probabilidad de seguridad durante la vigilancia y mayor precisión habrá en establecer la edad gestacional y la corionicidad de gestaciones múltiples; por todo esto en la última década se describe avances en publicaciones recientes como la pirámide del control prenatal, un cambio innovador en atención prenatal con el objeto de detectar tempranamente gestaciones de riesgo alto, muchas de ellas se pueden identificar desde el primer semestre a través de una combinación de factores de riesgo maternos, familiares, marcadores bioquímicos maternos y signos ecográficos fetales; se detecta así entidades que pueden afectar el embarazo, enfermedades preexistentes en la madre, antecedentes gestacionales, evitar efectos teratogénicos de medicamentos y modificaciones de hábitos como tabaquismo, drogas, alcohol y obesidad; se establece un plan adecuado de vigilancia, se define la clasificación (BRO – ARO) para cada paciente; se genera un riesgo específico para pérdida gestacional temprana o tardía, preeclampsia, prematuridad, diabetes gestacional (DG), alteración del crecimiento fetal, cromosopatías y anormalidad estructural fetal. Se establece un plan de seguimiento clínico y paraclínico por período de la gestación, para garantizar la atención integral del binomio madre-hijo; se puede así espaciar los controles en aquellas pacientes de BRO e intensificar la vigilancia en las que se clasifican como ARO. El proceso consta del siguiente esquema:

Historia Obstétrica:

- ✚ Aspectos demográficos maternos
- ✚ Embarazo actual y examen físico
- ✚ Edad gestacional
- ✚ Signos vitales
- ✚ Peso: evaluación de peso inicial de la gestación, incremento durante toda la gestación, establecer pautas de control; lo que se espera de aumento de peso es en promedio 11 a 13 Kg en toda la gestación.

- ✚ Altura uterina: permite una valoración indirecta del crecimiento fetal, estado del líquido amniótico y aumento de peso materno.
- ✚ Valoración de vitalidad fetal: establecer el valor de la fetocardia (FCF) y movimientos fetales (MF).
- ✚ Maniobras de Leopold para determinar presentación, situación y encajamiento fetal.
- ✚ Antecedentes personales (Campo, 2015).

Historia familiar.

Plan educativo materno/familiar, vacunación, prevención (dieta, suplementos vitamínicos, ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural, vacunación del toxoide tetánico, valoración odontológica, evitar o disminuir al máximo factores externos modificables que generan impacto perinatal adverso como el alcohol, nicotina y alucinógenos) (Campo, 2015).

A continuación, se expone los exámenes para el control por trimestre:

Historia				
	1 ^a	15-20	24-28	29-41
HC Completa – seguimiento	x	X	X	x
Examen físico				
Tension arterial	x	X	X	x
Pélvico	x			x
Altura uterina	x	X	X	X
Vitalidad fetal y maniobras de Leopold	x	X	X	X
Laboratorio				
Hemoglobina y hematocrito	x			X
Clasificación sanguínea y RH	x			

Citología	x			
Gram directo flujo vaginal-cultivo	x			
Prueba de tolerancia oral a la glucosa			X	
Cultivo orina	x			X
Tamización bioquímica aneuploidías	x			
Títulos de rubéola	x			
Títulos de Toxoplasma IG M y G	x		x*	x*
Serología sífilis	x		X	X
Serología hepatitis B y C	x			x
Serología HIV	X			x
Cultivo para estreptococos B recto vaginal				x
Coombs indirecto (si Rh negativo)	x		x**	x**
Ecografía	x		X	x

*Si Ig negativa al inicio de la gestación

**Si Rh negativo

Primer semestre.

- ✚ Hemoleucograma y diferencial de glóbulos blancos: parámetros de control de anemia y sistema inmunológico materno.
- ✚ Hemoclasificación y Rh: valorar riesgo de isoimmunización Rh y anemia fetal.
- ✚ Glicemia en ayunas.
- ✚ Búsqueda infección del tracto genitourinario: causa importante de síndrome de parto pretérmino, riesgo de sepsis materna, fetal e infección puerperal.
- ✚ Pruebas no treponémica para sífilis: causa de infección congénita fetal.

- ✚ Estado serológico para rubéola y toxoplasmosis: riesgo de infección congénita fetal y resultado adverso perinatal.
- ✚ Estudio serológico para enfermedades virales: hepatitis B y C, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- ✚ Valoración fetal ecográfica para establecer el riesgo perinatal a través de la identificación de marcadores ecográficos para: aneuploidías, síndromes genéticos, alteración estructural mayor, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad (traslucencia nucal, flujo en el ductus venoso, flujo a través de válvula tricúspide, Doppler de arterias uterinas y valoración cervical materna, respectivamente).
- ✚ Pruebas específicas de enfermedad materna crónicas o diagnóstico de enfermedad reciente en la gestación (Campo, 2015).

Segundo trimestre.

- ✚ Prueba tamización para diabetes gestacional en el segundo trimestre de la gestación.
- ✚ Citología cérvicovaginal.
- ✚ Urocultivo.
- ✚ Ultrasonido fetal para valoración anatómica fetal en detalle e identificación de marcadores ecográficos de aneuploidías.
- ✚ Pruebas específicas de enfermedad materna crónica o complicaciones en la gestación en curso (Campo, 2015).

Tercer trimestre.

- ✚ Hemograma.
- ✚ Urocultivo.
- ✚ Prueba no treponémica a la semana 28 de gestación.

- ✚ Valoración ecográfica fetal para crecimiento y bienestar.
- ✚ Pruebas específicas de enfermedad materna crónica o complicación en la gestación en curso (Campo, 2015).

Identificación de gestaciones de alto riesgo (ARO)

Búsqueda activa de factores de riesgo, así:

En la madre.

- ✚ Enfermedades crónicas en la paciente (hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, cardiopatía materna, enfermedad autoinmune).
- ✚ Enfermedades diagnosticadas durante la gestación (infección del tracto genitourinario, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones de transmisión sexual, enfermedad tromboembólica).
- ✚ Antecedentes de enfermedad materna en gestación anterior (preeclampsia, prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino).
- ✚ Exposición a medicamentos teratogénicos o tóxicos.
- ✚ Riesgo de isoimmunización por anticuerpos irregulares (Rh, Kelly, Duffy) (Campo, 2015).

En la gestación.

- ✚ Gestación múltiple
- ✚ Gestación molar
- ✚ Hemorragia de primer trimestre (amenaza de aborto o aborto)
- ✚ Hemorragia del tercer trimestre (placenta previa y abrupcio de placenta).
- ✚ Alteración del líquido amniótico (oligo o polihidramnios) (Campo, 2015).

En el feto.

- ✚ Anomalía estructural fetal o cromosómica (sistema nervioso central, cardiopatía fetal, trisomía 21, 18 o 13, monosomía X)
- ✚ Alteración del crecimiento fetal (restricción del crecimiento uterino, macrosomía fetal).
- ✚ Alteraciones de presentación: podálica, transversa, oblicua.

Al revisar esta revisión sistemática hace que se cumpla el protocolo establecido y se da la oportunidad de identificar las necesidades de manera individualizada, el manejo oportuno y reducción del riesgo de complicaciones y se puede impactar en disminución de morbilidad materna, perinatal (Campo, 2015).

2.5 Complicaciones de alto riesgo

Hemorragia posparto y choque hipovolémico.

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna evitable en el mundo. Cada año fallecen 128.000 mujeres, que corresponden a la tercera parte de las causas (Vélez y Agudelo, 2015). Se define hemorragia posparto (HPP) como toda pérdida sanguínea después del parto ≥ 500 ml. Se considera Hemorragia Posparto severa o mayor en caso de ser ≥ 1.000 ml. Se ha definido también hemorragia posparto como aquella que produce un descenso de hematocrito igual o superior al 10% o cuando hay necesidad de practicar una transfusión sanguínea. Más recientemente se ha propuesto definir la hemorragia posparto como aquella pérdida sanguínea que pueda producir inestabilidad hemodinámica (López, 2015)

Por otro lado, la hemorragia posparto puede clasificarse en primaria o precoz cuando aparece durante las primeras 24 horas posparto y es la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial, produciéndose en un 1-5% de los partos y la incidencia de hemorragia posparto severa es de alrededor del 0.2-0.4% de los partos (3.7/1.000) y secundaria o tardía cuando ocurre entre las 24 horas y las 12 semanas posparto (López, 2015).

Hemorragia obstétrica: es todo evento hemorrágico que se presenta desde la implantación hasta los 24 días posparto.

Hemorragia masiva: es la pérdida de todo el volumen sanguíneo en 24 horas, o una hemorragia que supere los 150 ml/minuto, y que causa la pérdida del 50% del volumen en 20 minutos. En la gestante promedio con 60 Kg de peso, es la pérdida de 1.500 a 2.000 ml de sangre.

Hemorragia posparto severa: es la pérdida que supera los 1.000 ml o una pérdida menor, pero con signos de choque (Vélez y Agudelo, 2015).

Etiología

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en "4T": Tono (atonía), Trauma, Tejido (retención de restos) y Trombina (alteraciones de la coagulación). Múltiples factores predisponentes pueden relacionarse con esta causa:

Etiología		Factores de riesgo
Tono: Atonía uterina (80%)	Sobredistensión uterina	Gestación múltiple Macrosomía Polihidramnios Malformaciones fetales Hidrocefalia
	Agotamiento musculatura uterina	Parto prolongado o precipitado Multiparidad
	Infección Corioamnionitis	RPM prolongado Fiebre
	Anomalía uterina	Miomas uterinos Placenta previa
	Fármacos útero-relajantes	Betamiméticos, nifedipino, SO4Mg, anestésicos
Trauma	Laceración cervicovaginal	Parto instrumentado Parto precipitado Episiotomía
	Prolongación histerectomía en cesárea	Malposición fetal Manipulación intrauterina fetal Presentación en plano de Hodge avanzado
	Rotura uterina	Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	Placenta fúndica Tracción excesiva del cordón Paridad elevada
Tejido	Retención de restos (placenta, membranas) Alumbramiento incompleto	Cirugía uterina previa Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio)
Trombina: Alteraciones de la coagulación	Alteración de la coagulación preexistente	Hemofilia Von Willebrand Hipofibrinogenemia Antecedentes familiares de coagulopatía
	Alteración adquirida durante la gestación	PTI PE, HELLP CID: preeclampsia, muerte intrauterina, infección DPPNI Embolia de líquido amniótico
	Tratamiento anticoagulante	

(López, 2015)

Prevención.

La valoración de factores de riesgo antenatales predice únicamente el 40% de casos de HPP. Por tanto, además de evitar factores predisponentes, la medida preventiva de mayor eficacia consiste en el manejo activo de la 3ª fase del parto, que se ha demostrado eficaz en la reducción de un 60% de los casos de hemorragia posparto, en la disminución significativa de la anemia posparto y de la necesidad de transfusión. Consiste en el uso profiláctico de agentes uterotónicos (siendo la oxitocina de 1ª elección), el pinzamiento del cordón y tracción controlada del mismo hasta obtener la placenta, seguido de masaje uterino

Diagnóstico.

Ante una Hemorragia Posparto primaria, será importante efectuar un correcto diagnóstico etiológico, ya que la conducta a seguir dependerá de la causa más frecuente de hemorragia. La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia posparto siendo responsable de un 80% de ellas (López, 2015).

Manejo terapéutico.

Es necesario un manejo “de menor a mayor” teniendo en cuenta la etiología, el riesgo vital y el deseo de fertilidad posterior. Es necesario una valoración basal lo más precoz posible. Es importante actuar por adelantado, con previsión de las posibles complicaciones. La valoración basal y el manejo inicial deben incluir los siguientes aspectos:

- ✚ Monitorización de constantes vitales (PA no invasivo, FC, SatO₂).
- ✚ Venoclisis: segundo acceso venoso de buen calibre (14-16G).

- ✚ Determinación basal de laboratorio: hemograma, coagulación y lactato.
- ✚ Reserva de sangre
- ✚ Cristaloides (Ringer lactato/SSF) y /o coloides ev (Voluven® Gelafundina®), evitando su administración agresiva.
- ✚ Mantener temperatura corporal (evitar hipotermia).
- ✚ Oxigenoterapia
- ✚ Sonda vesical
- ✚ Masaje uterino abdominal o bimanual.
- ✚ El tratamiento médico será la primera opción terapéutica a usar (oxitocina, metilergometrina, carboprost).
- ✚ Si fracasa el tratamiento médico siempre debería intentarse un tratamiento conservador que conserve el útero y la fertilidad, quedando la histerectomía como última opción.
- ✚ El primer tratamiento conservador a aplicar es el balón intrauterino.
- ✚ Las suturas de compresión uterinas, la ligadura de vasos pélvicos o la embolización son otros tratamientos conservadores de eficacia similar.

En caso de persistencia o agravamiento de la hemorragia posparto, debe realizarse un manejo más agresivo, profundizándose en la monitorización, en el transporte arterial de oxígeno y en el mantenimiento de una adecuada hemostasia, con transfusión de sangre y hemoderivados (López, 2015).

Para un correcto diagnóstico etiológico debe realizarse siempre y desde la fase inicial:

- ✚ Revisión del canal del parto. Importante buen campo, con instrumentos adecuados y con una buena analgesia.

- ✚ Revisión intrauterina. Utilizar soporte ecográfico si hay dudas clínicas. En caso de sospecha, legrado uterino ecoguiado (López, 2015)

Estadios del choque hipovolémico.

La pérdida de sangre en la gestación normal varía entre 10% y 15%, es decir de 500 a 1.000 ml, en este momento se tiene un choque compensado. Cuando la pérdida está entre 15%-25%, es decir entre 1.000 a 1.500 ml., o choque leve, aparecen signos de hipoperfusión cerebral con irritabilidad y excitación, la presión arterial comienza a disminuir y aparecen signos de compensación hemodinámica y el reflejo simpático como son debilidad, sudoración y taquicardia. Cuando la pérdida es entre 25%-35%, es decir entre 1.500 a 2000 ml, el choque es moderado, a la excitación cerebral se suma la caída de la presión arterial sistólica a 70-80 mmHg, hay palidez cutánea y oliguria (menos de 1ml/kg/hora). Cuando la pérdida alcanza el 35%-45%, es decir 2.000 a 3.000 ml, el choque es severo, hay hipoperfusión cerebral con inconciencia, aparece respiración jadeante/sed de aire, que identifica la hipoxia severa y la acidosis. La hipoperfusión esplácnica se manifiesta en oliguria y anuria (menos de 30 ml/hora). Finalmente, la hipoperfusión prolongada compromete diferentes órganos y sistema, y la coagulación intravascular diseminada (Cid) termina disminuyendo las posibilidades de sobrevivir por aumentar las pérdidas de sangre (Vélez y Agudelo, 2015).

Aborto.

Se define como aborto, la pérdida del producto de la gestación antes de la semana 22 o el parto de un feto antes de alcanzar la viabilidad o con un peso menor de 500 g.

Aproximadamente el 15% de los embarazos que se diagnostican terminarán en aborto, pero algunos embarazos se pierden antes de que la mujer lo reconozca y al hacer seguimiento con subunidad Beta de la Gonadotropina Corionica Humana (BHCG) el porcentaje de abortos asciende al 35%, esta situación se denomina aborto subclínico.

Tipos de aborto:

Amenaza de aborto. Se define como la presencia de sangrado vaginal, en ausencia de cambios cervicales en una gestación menor de 22 semanas; se presenta en aproximadamente el 20% de los embarazos y de éstos la mitad terminarán en aborto.

Aborto incompleto. Expulsión del producto de la gestación con retención de partes fetales, membranas o placenta, se diagnostica ante el hallazgo de un cuello uterino abierto con restos en el interior del útero.

Aborto completo. Expulsión total del producto de la concepción, sin necesidad de evacuación quirúrgica, se debe establecer este diagnóstico ante la historia de un sangrado vaginal que ha disminuido o está ausente y el examen físico revela un cuello cerrado con escaso o nulo sangrado; se requiere de una ecografía que reporte ausencia de restos o escasos coágulos en cavidad para confirmar el diagnóstico. Es más probable que el aborto sea completo, cuando ocurre antes de la semana 12.

Aborto en curso, inminente o inevitable. Se usan estos términos de manera indiscriminada, para referirse al aborto que se encuentra en proceso, ya sea por ruptura de membranas o ante la presencia de un cuello abierto, sin expulsión del feto o embrión.

Aborto retenido. Se refiere a la muerte fetal o embrionaria, sin actividad uterina, ni sangrado vaginal; se define como aborto frustrado al embarazo retenido por más de cuatro semanas.

Aborto recurrente. Se define como la pérdida de tres o más embarazos de manera consecutiva antes de la semana 22 de gestación (Londoño, 2015)

Aborto séptico. Se define como el aborto asociado a infección y complicado por fiebre, endometritis y parametritis; de igual manera cuando se realiza instrumentación intrauterina sin las condiciones higiénicas adecuadas. Este tipo de aborto continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad materna en los países en desarrollo donde el aborto es ilegal o inaccesible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente entre el 25% a 50% de las 400.000 muertes maternas que ocurren cada año en el mundo, son debidas a complicaciones del aborto ilegal. En los países donde el aborto es legal la tasa de mortalidad materna por esta causa no supera el 0,4 por 100.00 nacidos vivos (Londoño, 2015).

2.6 Estudios relacionados.

Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Introducción. Los casos estudiados vivencian abandono emocional directo e indirecto por parte de sus padres y contextos de privación social y cultural. El embarazo en la adolescencia también acarrea desventajas expresadas por las alumnas pérdida de la libertad, asumir responsabilidades parentales, exclusión del grupo de pares, dedicándose la madre adolescente al cuidado del bebé. **Objetivo.** El objetivo de este trabajo es dar a conocer los factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. **Material y método:** cualitativo, que se basa en la perspectiva fenomenológica. Se realizaron

entrevistas semiestructuradas a 6 estudiantes entre 16 y 19 provenientes de un sector rural de Chile. **Resultados:** en la mayoría de los casos no hubo deserción del sistema escolar, pero estas adolescentes no vivencian la etapa de la adolescencia de manera similar a sus compañeras que no son madres, centrándose en su rol de madre y no de hija dependiente del cuidado de sus padres, lo que acarrea conflictos internos, generando angustia, miedo, sentimiento de culpa y frustración, cambiando drásticamente la reacción o respuesta ante los acontecimientos del diario vivir, acelerando el proceso de maduración cognitiva que a su edad correspondería, modificando su conducta, necesidades y prioridades. **Conclusión:** los resultados obtenidos constituyen un llamado de alerta y un incentivo a la revisión y promoción de estrategias para prevención de estrategias para prevención del embarazo adolescentes (Venegas y Valles, 2019).

Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes.

Introducción: el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud a nivel mundial y Cuba no escapa de esta realidad. **Objetivo:** Caracterizar los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes del Consejo Popular José Martí de la Juventud. **Método:** estudio descriptivo, de corte longitudinal y prospectivo, enero 2015 - diciembre 2017. Lugar: Consejo Popular José Martí, perteneciente al Policlínico Universitario No. 1 Dr. Juan Manuel Páez Inchausti, Nueva Gerona, Isla de la Juventud. **Universo y Muestra:** 23 embarazadas adolescentes correspondientes al periodo estudiado. Se aplicó un muestreo sistemático en fases, según se diagnosticó estado de gestación y decidieron continuar con la maternidad. Fuente primaria de obtención de datos: encuesta. Los datos fueron procesados de forma computarizada, se aplicaron medidas estadísticas de distribuciones de frecuencia y porcentajes. **Resultados:** existió predominio, dentro de los factores de riesgo individuales, de la dificultad para planear proyectos futuros; dentro de los factores de riesgo familiares: poca comunicación entre la familia y la adolescente; dentro de los factores de riesgo

socioeconómicos: per cápita familiar bajo; el bajo nivel educacional dentro de los factores de riesgo culturales. En cuanto a los factores de riesgo psicológicos: incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales. **Conclusiones:** esta caracterización brinda información el abordaje de esta problemática en el Consejo Popular José Martí, Isla de la Juventud, mostrando la necesidad de incrementar acciones de promoción–prevención hacia este grupo de edad, para mejorar su salud sexual y reproductiva (García y González, 2018).

Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial. Introducción: el embarazo en la adolescencia es un problema multifactorial en Guinea Ecuatorial. **Objetivo:** identificar riesgos socio-demográficos, ginecológicos y obstétricos en embarazadas adolescentes y jóvenes adultas (20-34 años) en el Hospital Regional de Bata, durante julio de 2017. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, analítico de casos ($n_1= 30$ adolescentes) y controles ($n_2= 60$, jóvenes) paridas. Variables: sociodemográficas, antecedentes Gineco-obstétricos, antecedentes patológicos personales, y comorbilidad durante el embarazo, parto y puerperio, así como resultados de la concepción. Los datos se automatizaron en SPSS 22. versión 10. Se usó la estadística descriptiva para resumir las variables y las comparaciones se realizaron mediante X^2 , Odds Ratio, T de Student, y la U de Mann Whitney. **Resultados:** predominó la etnia fang (94%) en Bata, nivel secundario y solteras (80% de las adolescentes) ($p<0.001$). estudiantes entre los casos y amas de casa entre controles. Edad de las primeras relaciones sexuales similar (16 años), sin uso de anticonceptivos (80% en casos) vs (61.7% en controles). Las adolescentes aspiraban a tener menor prole ($p<0.0001$). En antecedentes patológicos y comorbilidad durante el embarazo, predominó el HIV (16.7%). La cobertura antitetánica se logró en 96.7%. Un 87.8% tuvo parto eutócico con recién nacidos normopeso. Solo tres óbitos fetales, uno entre los casos y dos entre los controles. No hubo muertes maternas. **Conclusiones:** en Bata, julio de 2017 la atención

prenatal y del parto en el Hospital regional de Bata no presentó diferencias entre casos y controles, por lo que existió una situación favorable (Sanabria y Fernández, 2018).

Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. Objetivo. Identificar los principales factores asociados al embarazo en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas entre 13 y 19 años en Buenaventura, Colombia. **Metodología.** Estudio analítico prospectivo de una cohorte de 316 adolescentes entre 13 a 19 años de edad en colegios públicos y privados de Buenaventura entre los años 2006 y 2007. En la primera medición las adolescentes no debían estar en embarazo. Se aplicó un cuestionario basado en un modelo teórico que involucró varios niveles y constructos. Seis meses después se hacía test de embarazo. El estudio fue avalado por Comité de ética Institucional. Se realizó análisis de regresión múltiple logística para buscar factores de riesgo y protectores en relación al evento embarazo. **Resultados.** El promedio de edad de la cohorte fue de 15.9 años. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 14.5 años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Durante el seguimiento las adolescentes que tuvieron mayor riesgo de tener un embarazo fueron aquellas que reportaron en la encuesta: no ser capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual. **Conclusión.** Los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano no sólo están en el nivel individual, sino que abarcan también el ámbito de los pares y la familia de la adolescente, al igual que de los servicios de salud. En términos de salud pública, implica que los esfuerzos que se lleven a cabo para disminuir los embarazos tempranos en Buenaventura deberían enfocarse en dirección hacia estos tres niveles (Carvajal et al, 2017).

Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”.

Introducción: el embarazo en la adolescencia constituye un problema vigente y un tema a solucionar con urgencia. **Objetivo:** caracterizar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga” de Pinar del Río. **Método:** estudio descriptivo y transversal desde 2014 hasta 2015. El universo estuvo constituido por 132 adolescentes que decidieron continuar el embarazo. Los datos se procesaron y analizaron con medidas de frecuencia (porcentajes). **Resultados:** en el estudio predominaron las adolescentes con edades entre 15 y 19 años. Principalmente las de 10 y 14 años plantean no tener información previa sobre el tema. Los antecedentes obstétricos que prevalecieron fueron: los abortos, la anemia, los partos previos y la hipertensión arterial. En cuanto a la morbilidad, el grupo de 10 a 14 años presentó: anemia, cesárea, infección vaginal e hipertensión inducida por el embarazo. En el grupo de 15 a 19 años hubo infección vaginal, anemia y desnutrición por defecto. Predominó el parto eutócico, pero en las de 10 y 14 años predominó el parto distócico. La familia las apoya; sin embargo, los padres adolescentes ofrecen poca ayuda. **Conclusiones:** el embarazo en la adolescencia constituye sin dudas una “patología social”, por lo que su prevención es tarea de todos. Si no se reduce será un impedimento para lograr una buena salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional (Quintero, 2016).

Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Objetivo.

Estimar los factores intervinientes para el embarazo en población adolescente escolarizada. **Metodología.** Estudio observacional de corte transversal con 7 068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños. Se aplicó encuesta auto diligenciada que indaga factores sociodemográficos familiares, sentimentales y conocimientos, actitudes y práctico de sexualidad. **Resultados.** Edad media de encuestados 15.3 años. Haber

recibido información sobre planificación 80%. Reconocer ciclo menstrual: 32%. Prevalencia de haber tenido relaciones sexuales 40%, vida sexual activa 20% prevalencia de embarazo 4% y de aborto de 1%. Factores de riesgo: No haber recibido información sobre planificación familiar vs (versus) entender con dudas sobre planificación (OR 0.1 con IC, 95% de 0.03-0.4). Haber tenido aborto previo (OR de 3.9 IC 95% de 2.2-7). No se encontraron como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro. **Conclusiones.** El embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas (González et al, 2012).

Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Introducción. El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud pública en Honduras. **El objetivo** de este estudio fue determinar los factores de riesgo, percepciones y creencias asociados al embarazo en la adolescencia para recomendar medidas de prevención para disminuir la incidencia de este problema. **Método,** se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a edad y procedencia, las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. Se efectuó un grupo focal con adolescentes embarazadas revisando aspectos como la esfera de creencias, ideas y percepciones sobre la sexualidad, métodos de planificación y autoestima. **Resultados.** El estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR = 6.3: IC95%: 1.24-44.27), el haber completado solamente la educación primaria (OR = 5.12: IC95%: 2.20-12.10) y proceder de un hogar desestructurado

(OR= 3.66: IC95%: 1.51-8.98) con el estado de casos. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR= 0.40: IC95%:0.18-0.85). **Conclusión.** El riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta, y la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. La introducción de contenidos de educación sexual a nivel escolar es una estrategia a considerar para el manejo de este problema (Ávila et al, 2011).

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño Metodológico.

El trabajo de investigación se llevó a cabo tomando en cuenta un diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo para identificar la incidencia del embarazo del alto riesgo del embarazo en las adolescentes

3.2. Universo y muestra

El universo está constituido por población: usuarias adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón, Guerrero, durante el periodo 1° Agosto al 31 de Julio del 2019. La muestra fue de 41 adolescentes, se tomó en cuenta mediante un muestreo a conveniencia.

3.3. Criterios de selección:

3.3.1 Criterios de inclusión.

Adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital General “Adolfo Prieto”.

3.3.2 Criterios de exclusión.

Adolescentes de 10 a 20 años de edad.

3.3.3 Criterios de Eliminación.

Usuarias que no deseen participar en el presente estudio de investigación.

3.4. Material y método.

Para la recolección de datos, se utilizará un cuestionario que incluirá variables sociodemográficas y analíticas.

Variables:

<p>Variable Independiente Embarazo</p>	<p>Es un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término</p>	<p>Edad Estado civil Ocupación Escolaridad Con quien vives. Nivel Socioeconómico Habla castellano Es indígena</p>
<p>Variable dependiente. Factores de riesgo</p>	<p>Es una circunstancia del individuo o de su medio que le aumenta la probabilidad de padecer un daño. La importancia de los factores de riesgo radica en que son identificables u observables antes de la ocurrencia del daño que predicen, por tanto, en muchos casos, se pueden</p>	<p>Datos de internamiento (ingreso actual) Fecha de ingreso hospitalario- Servicio al que ingreso En este ingreso la paciente llego: Registre el o los principales Diagnósticos de Ingreso Enfermedad especifica Tipo Falla orgánica Manejo especifico</p>

	<p>intervenir con el fin de intentar disminuir la frecuencia de aparición del daño. Los factores de riesgo son múltiples: biológicos, sociales, culturales, económicos e institucional, entre otros.</p>	<p>Tipo de cirugía</p> <p>Antecedentes: (riesgo preconcepcional)</p> <p>Las pacientes presentan alguna comorbilidad</p> <p>Las pacientes tienen antecedentes de:</p> <p>Antecedentes gineco-obstetricos</p> <p>Número de embarazos</p> <p>Número de partos</p> <p>Número de cesáreas</p> <p>Número de abortos</p> <p>Número de embarazos ectópicos</p> <p>Número de embarazos Molar</p> <p>Productos Nacidos Vivos</p> <p>Productos Nacidos Muertos</p> <p>Periodo intergenésico (años)</p> <p>Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores</p> <p>Embarazo actual.</p> <p>Control prenatal</p> <p>Semana de gestación al inicio del control prenatal</p> <p>Número de consultas de control prenatal</p>
--	--	---

		<p>Momento de la complicación</p> <p>Semana de gestación al término del embarazo</p> <p>Menciona como concluyo el embarazo</p> <p>Estado del recién nacido</p> <p>Peso del recién nacido</p> <p>Datos de egreso.</p> <p>Motivo de egreso hospitalario</p> <p>La paciente egreso con método de planificación</p> <p>En caso de egreso por traslado.</p>
--	--	---

3.5. Análisis de los datos.

Los datos serán vaciados en una base de datos del programa Excel, para el procesamiento estadístico se utilizará el programa SPSS versión 20. Para el análisis e interpretación de resultados se utilizarán las estadísticas: descriptiva con el cálculo de frecuencias y porcentajes.

3.6. Ética del estudio

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado por escrito del director del

Hospital Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón, Guerrero para aplicar las encuestas a las mujeres adolescentes.

Para este trabajo se consideraron los aspectos Éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, de acuerdo al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, de los siguientes artículos que a la letra dice:

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I.- La justificación y los objetivos de la investigación;
- II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III.- Las molestias o los riesgos esperados;
- IV.- Los beneficios que puedan observarse;
- V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios -que en teoría tienen igual fuerza moral- guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables. La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la investigación en relación a la encuesta aplicada a la población de estudio para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes.

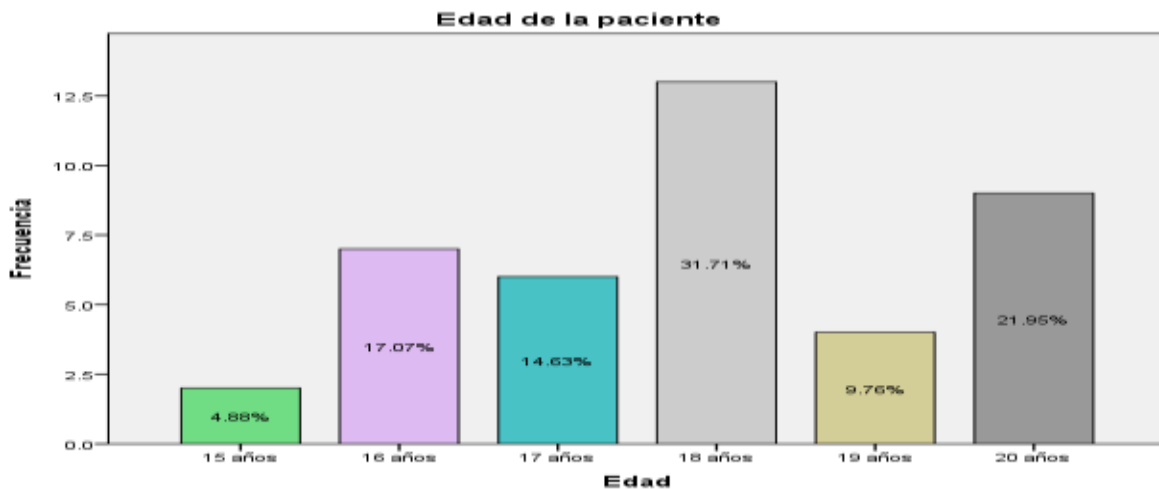
Datos sociodemográficos.

Cuadro No. 1 Edad

Edad de la paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 años	2	4.9	4.9	4.9
	16 años	7	17.1	17.1	22.0
	17 años	6	14.6	14.6	36.6
	18 años	13	31.7	31.7	68.3
	19 años	4	9.8	9.8	78.0
	20 años	9	22.0	22.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 1 Edad de la paciente

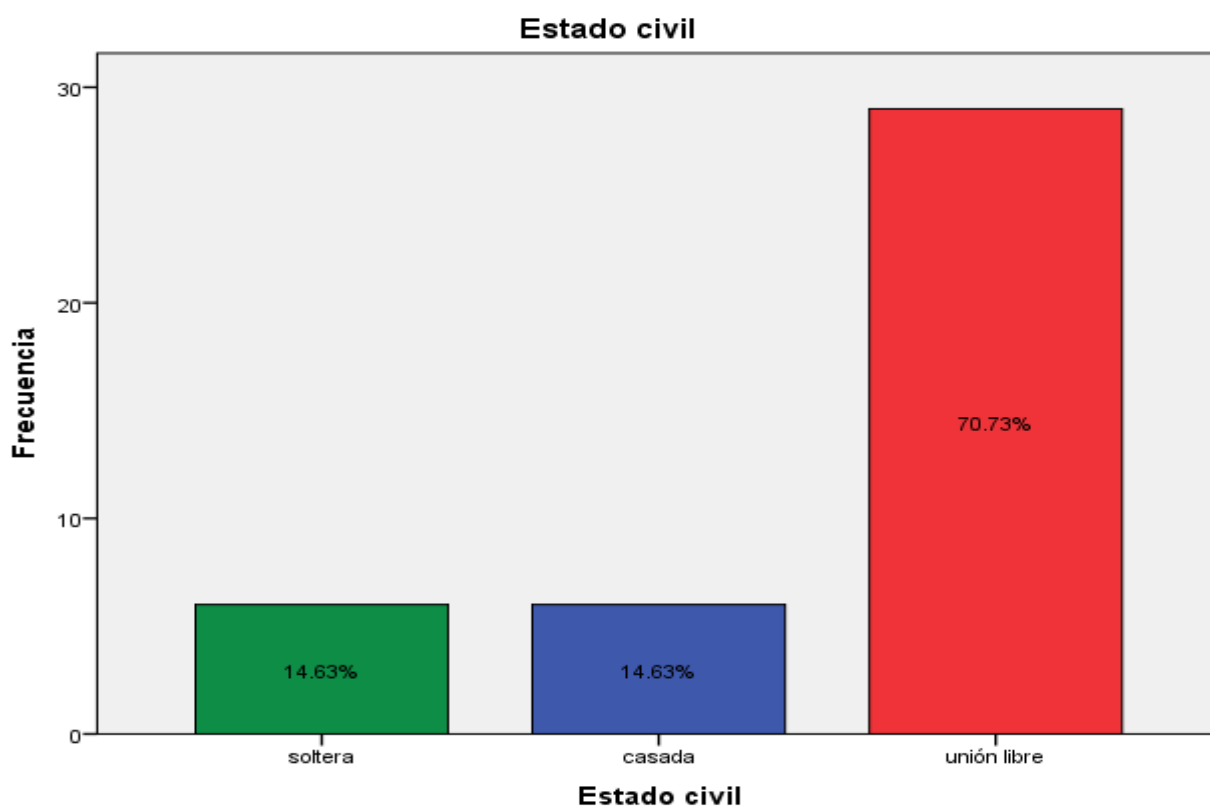


Cuadro No. 2 Estado civil

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltera	6	14.6	14.6	14.6
	casada	6	14.6	14.6	29.3
	unión libre	29	70.7	70.7	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 2 Estado Civil

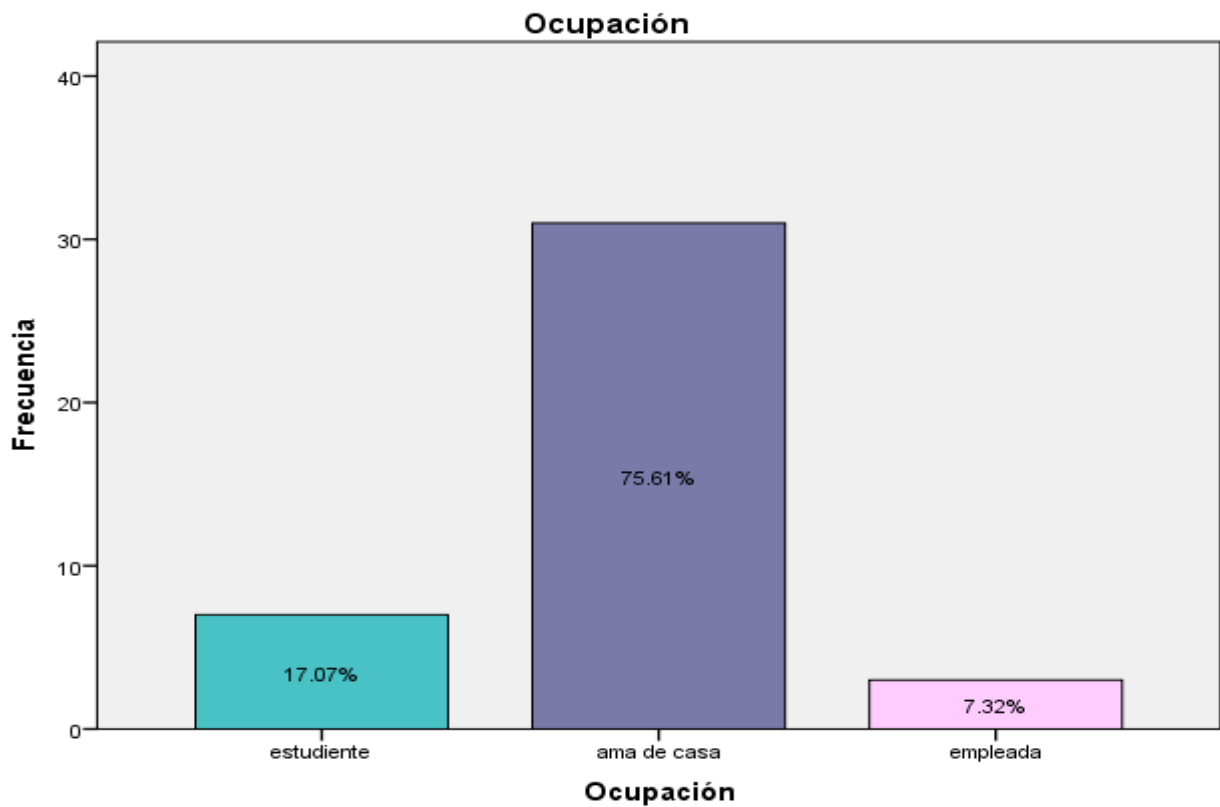


Cuadro No. 3 Ocupación

		Ocupación			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Estudiante	7	17.1	17.1	17.1
	ama de casa	31	75.6	75.6	92.7
	Empleada	3	7.3	7.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 3 Ocupación.

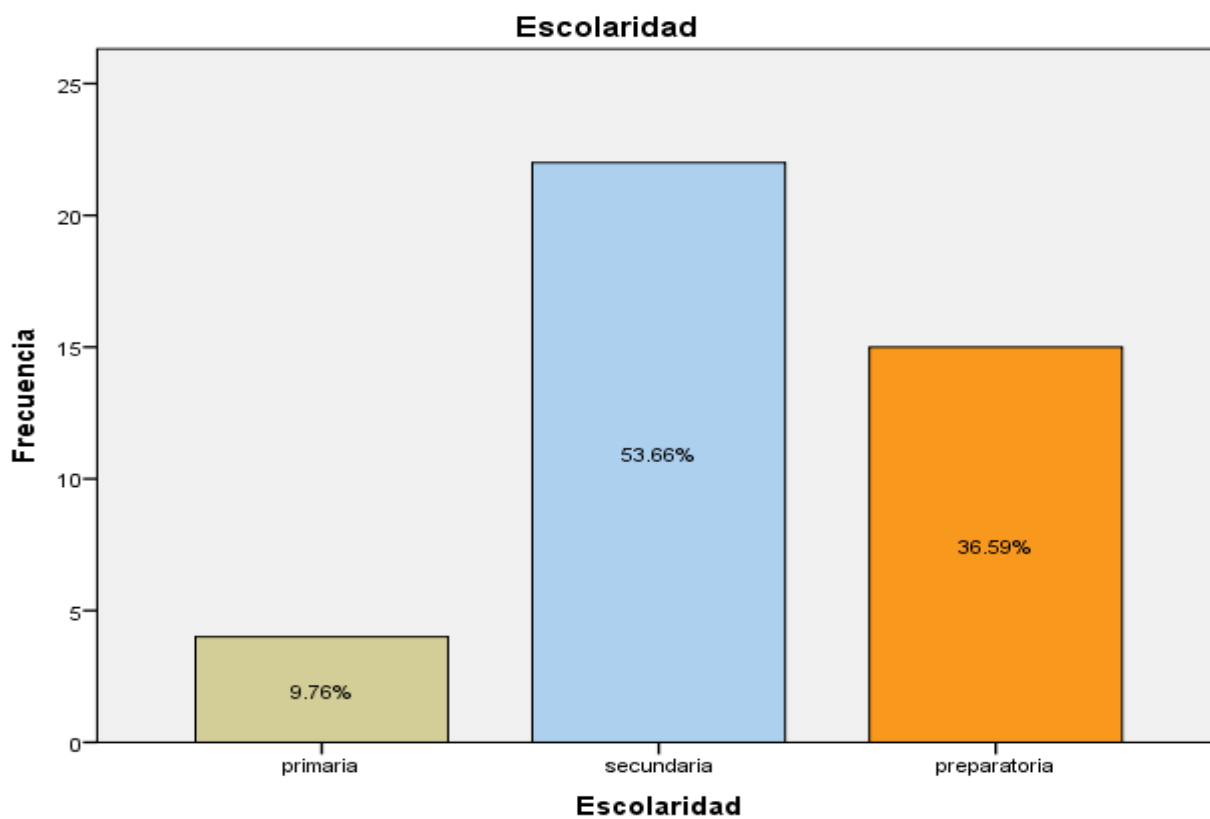


Cuadro No. 4 Nivel de escolaridad

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	4	9.8	9.8	9.8
	Secundaria	22	53.7	53.7	63.4
	Preparatoria	15	36.6	36.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 4 Nivel de escolaridad

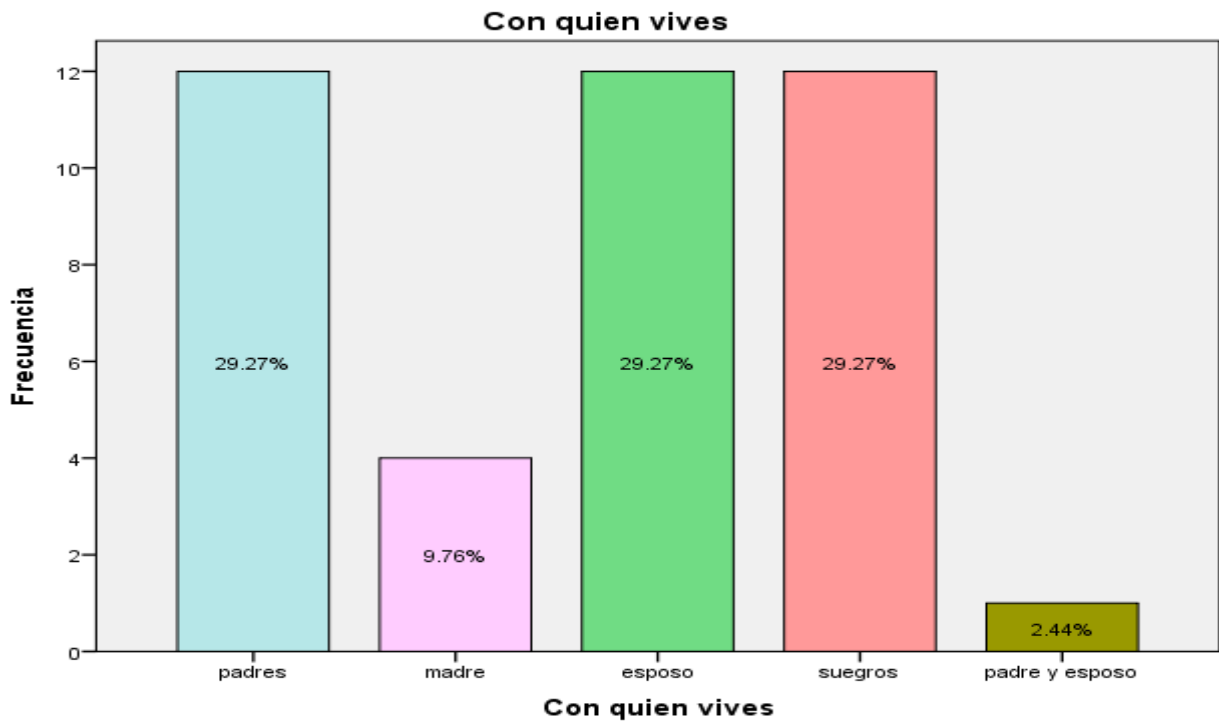


Cuadro No. 5 Con quien vive

		Con quien vives			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	padres	12	29.3	29.3	29.3
	madre	4	9.8	9.8	39.0
	esposos	12	29.3	29.3	68.3
	suegros	12	29.3	29.3	97.6
	padre y esposo	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 5 Con quien vive

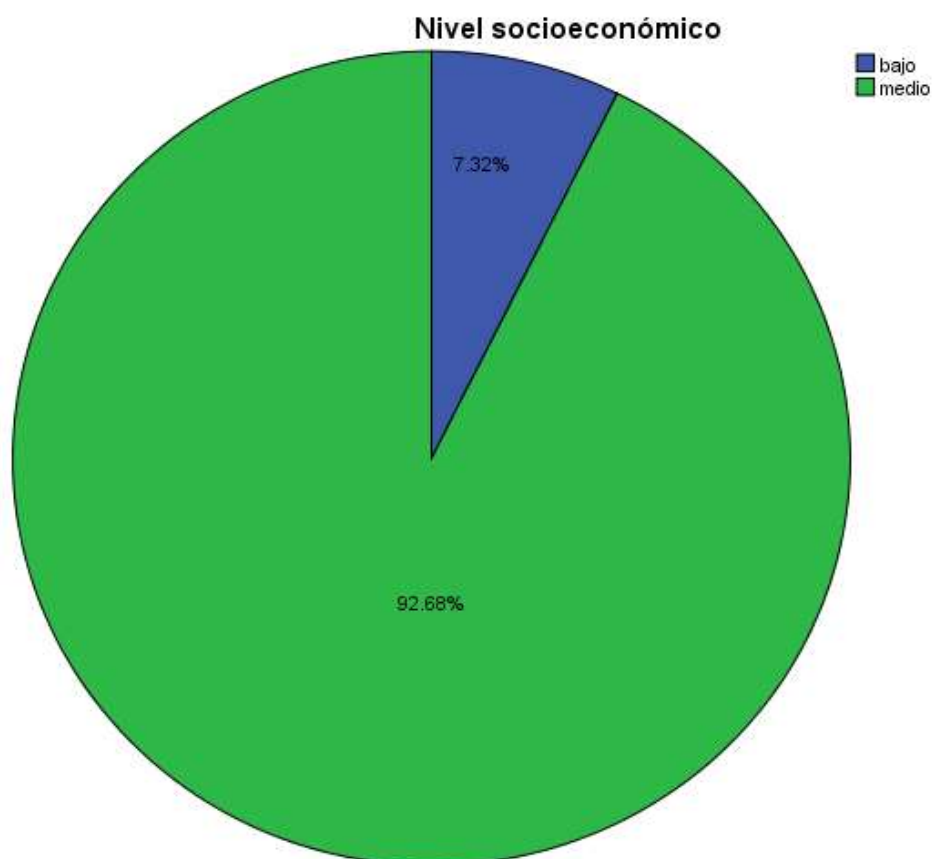


Cuadro No. 6 Nivel socioeconómico

		Nivel socioeconómico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo	3	7.3	7.3	7.3
	medio	38	92.7	92.7	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 6 Nivel socioeconómico

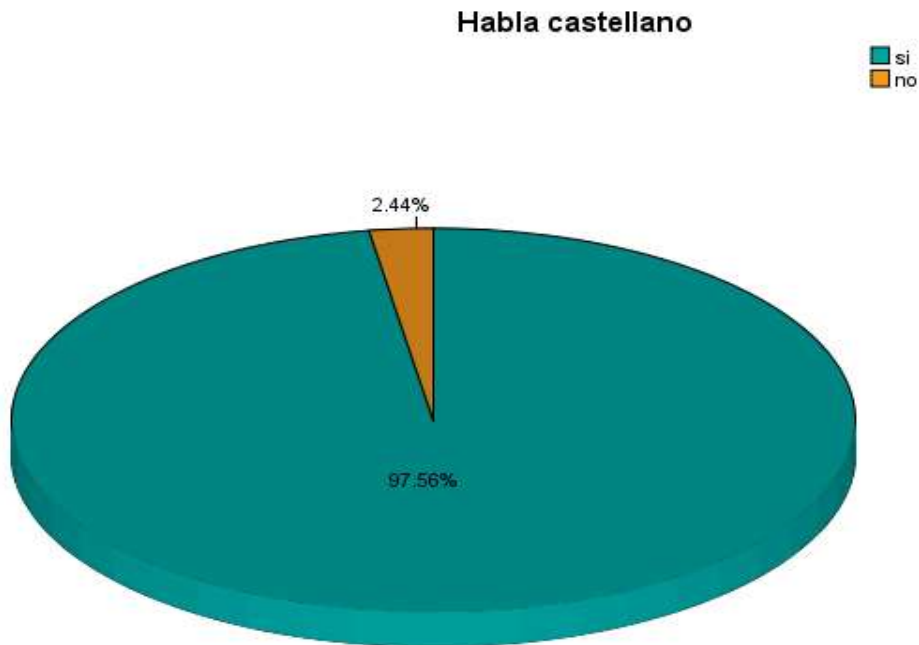


Cuadro No. 7 Habla castellano

		Habla castellano			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	40	97.6	97.6	97.6
	no	1	2.4	2.4	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 7 Habla castellano

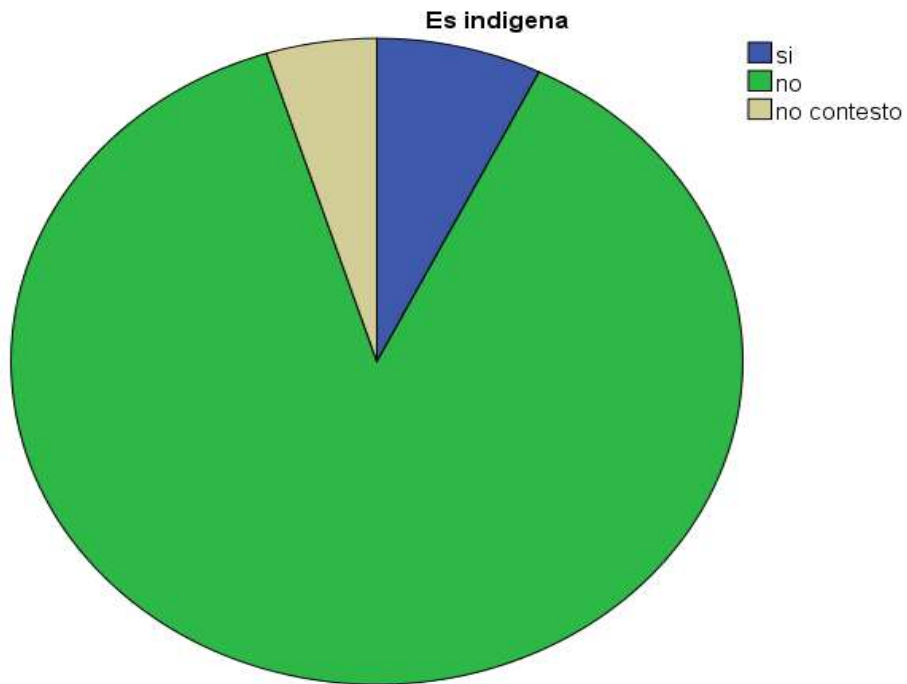


Cuadro No. 8 Es indígena

		Es indígena			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	3	7.3	7.3	7.3
	no	36	87.8	87.8	95.1
	no contesto	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

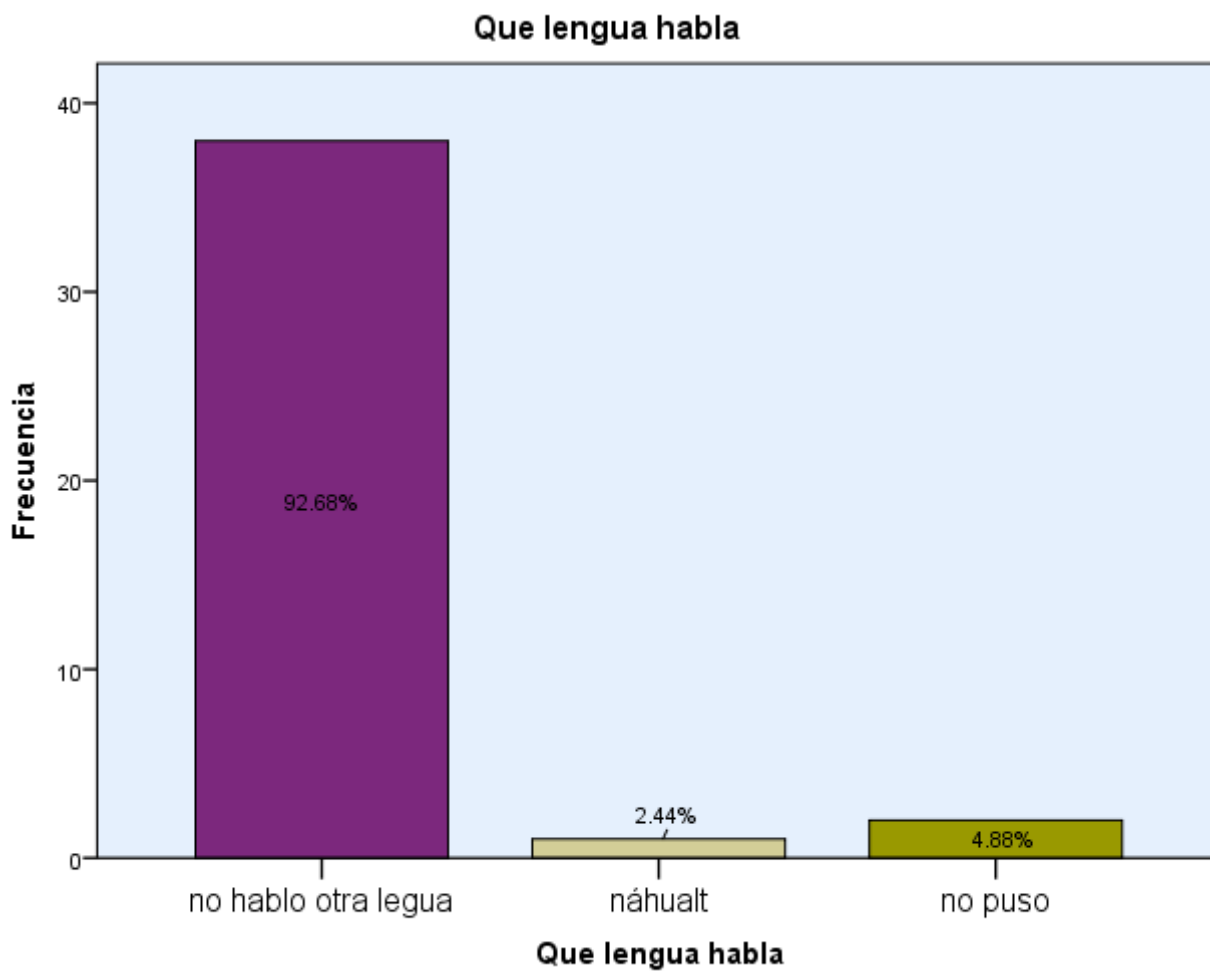
Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 8 Es indígena



		Que lengua habla			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no hablo otra lengua	38	92.7	92.7	92.7
	náhuatl	1	2.4	2.4	95.1
	no puso	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41



Datos analíticos

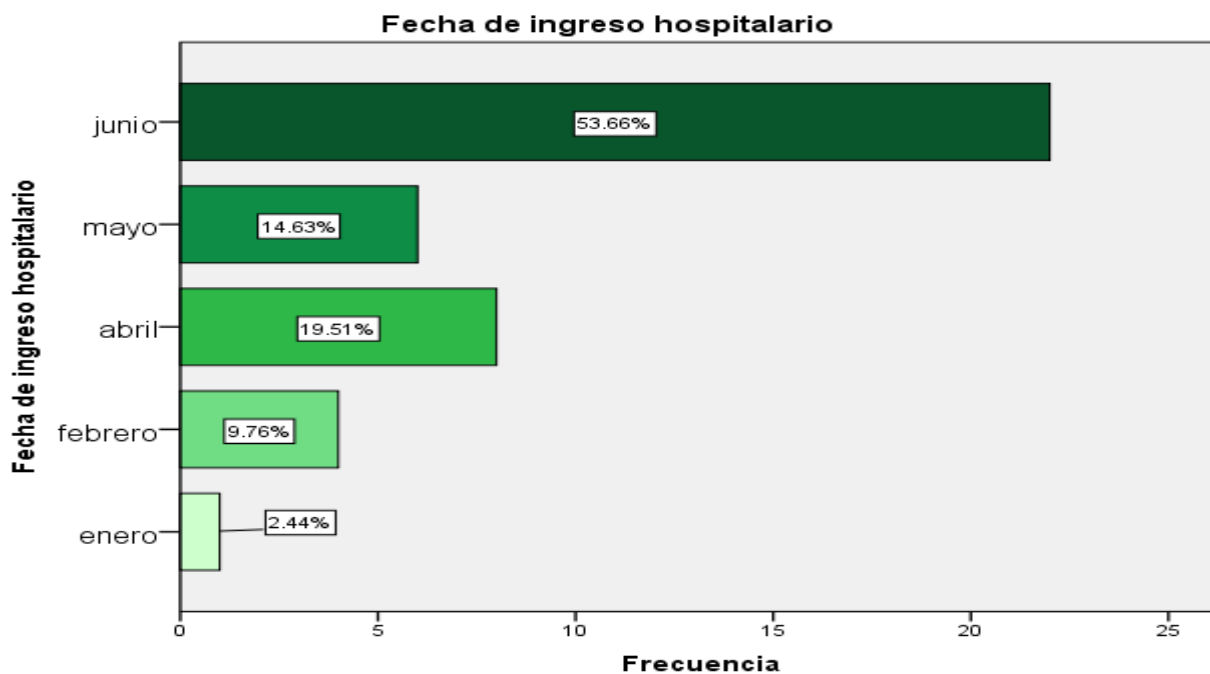
Datos de internamiento (ingreso actual).

Cuadro No. 9 Fecha de ingreso hospitalario

		Fecha de ingreso hospitalario			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	enero	1	2.4	2.4	2.4
	febrero	4	9.8	9.8	12.2
	abril	8	19.5	19.5	31.7
	mayo	6	14.6	14.6	46.3
	junio	22	53.7	53.7	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 9 fecha de ingreso hospitalario

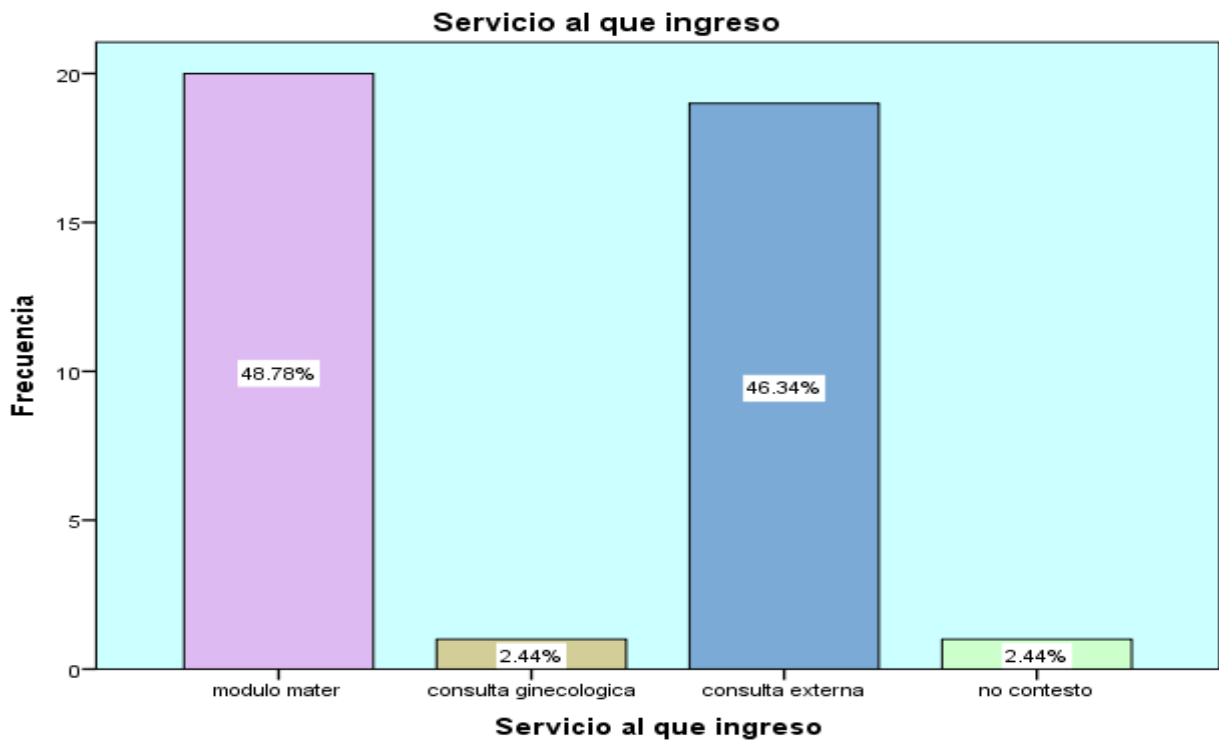


Cuadro No. 10 Servicio al que ingreso

		Servicio al que ingreso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	modulo mater	20	48.8	48.8	48.8
	consulta ginecológica	1	2.4	2.4	51.2
	consulta externa	19	46.3	46.3	97.6
	no contesto	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 10 Servicio al que ingreso

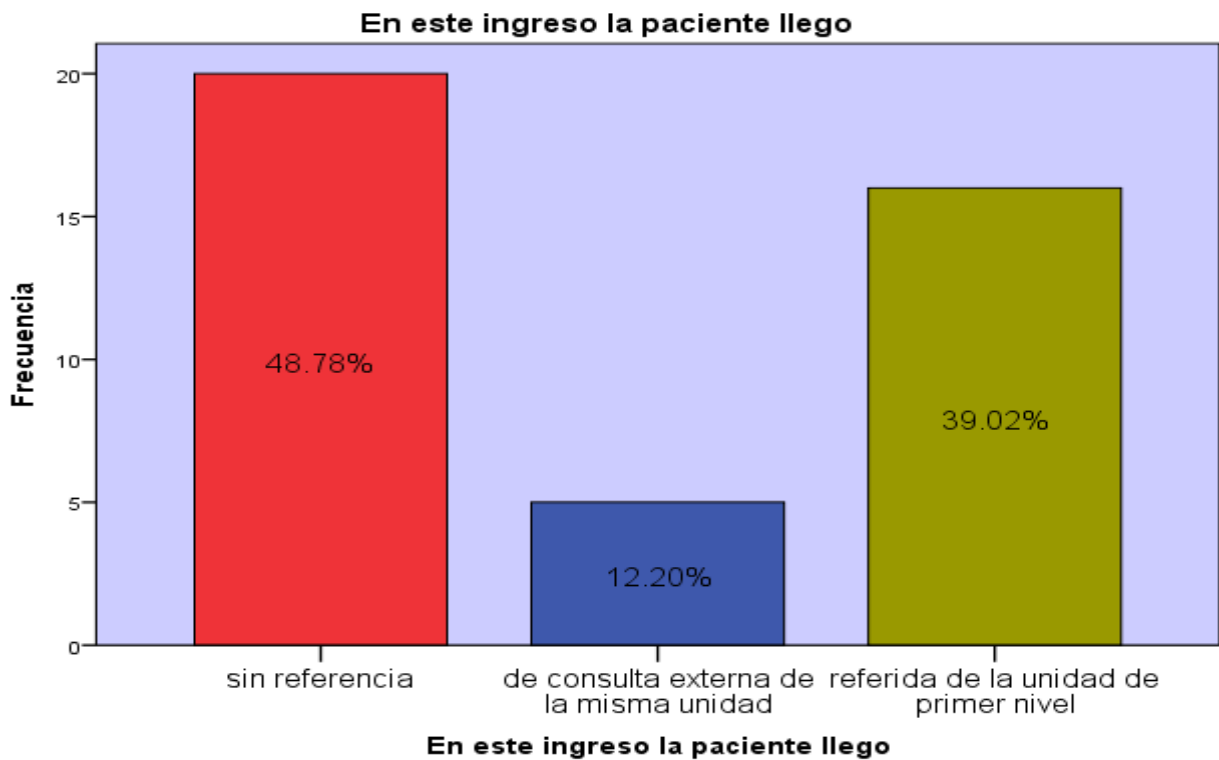


Cuadro No. 11 En este ingreso la paciente llego

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin referencia	20	48.8	48.8	48.8
	De consulta externa de la misma unidad	5	12.2	12.2	61.0
	Referida de la unidad de primer nivel	16	39.0	39.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 11 en este ingreso la paciente llego



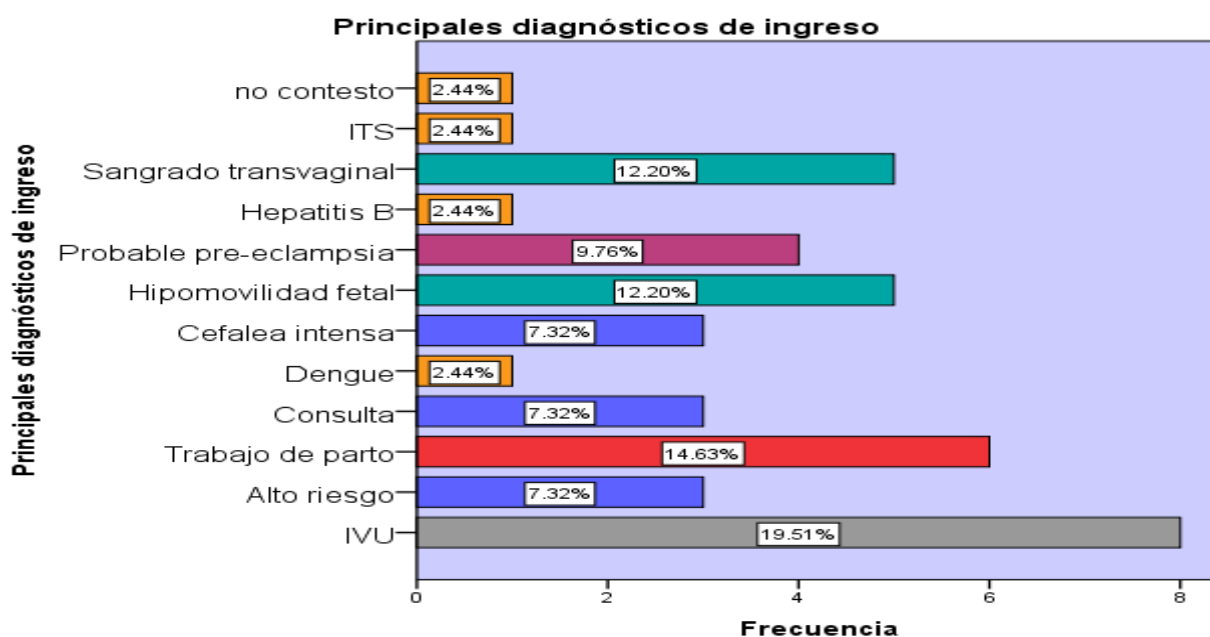
Cuadro No. 12 Diagnósticos de ingreso

Registre el o los principales diagnósticos de ingreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
IVU	8	19.5	19.5	19.5
Alto riesgo	3	7.3	7.3	26.8
Trabajo de parto	6	14.6	14.6	41.5
Consulta	3	7.3	7.3	48.8
Dengue	1	2.4	2.4	51.2
Cefalea intensa	3	7.3	7.3	58.5
Hipomovilidad fetal	5	12.2	12.2	70.7
Probable pre-eclampsia	4	9.8	9.8	80.5
Hepatitis B	1	2.4	2.4	82.9
Sangrado transvaginal	5	12.2	12.2	95.1
ITS	1	2.4	2.4	97.6
no contesto	1	2.4	2.4	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 12 principales diagnósticos de ingreso

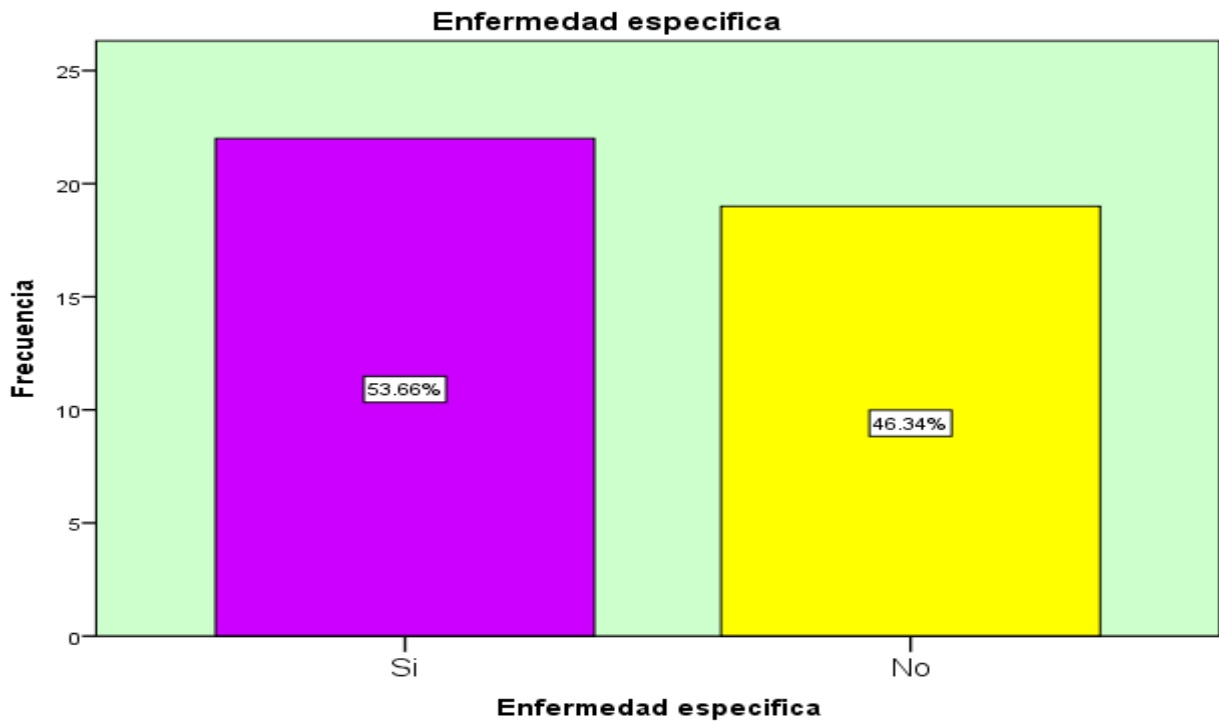


Cuadro No. 13 Enfermedad específica

		Enfermedad específica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Si	22	53.7	53.7	53.7
	No	19	46.3	46.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 13 enfermedad específica

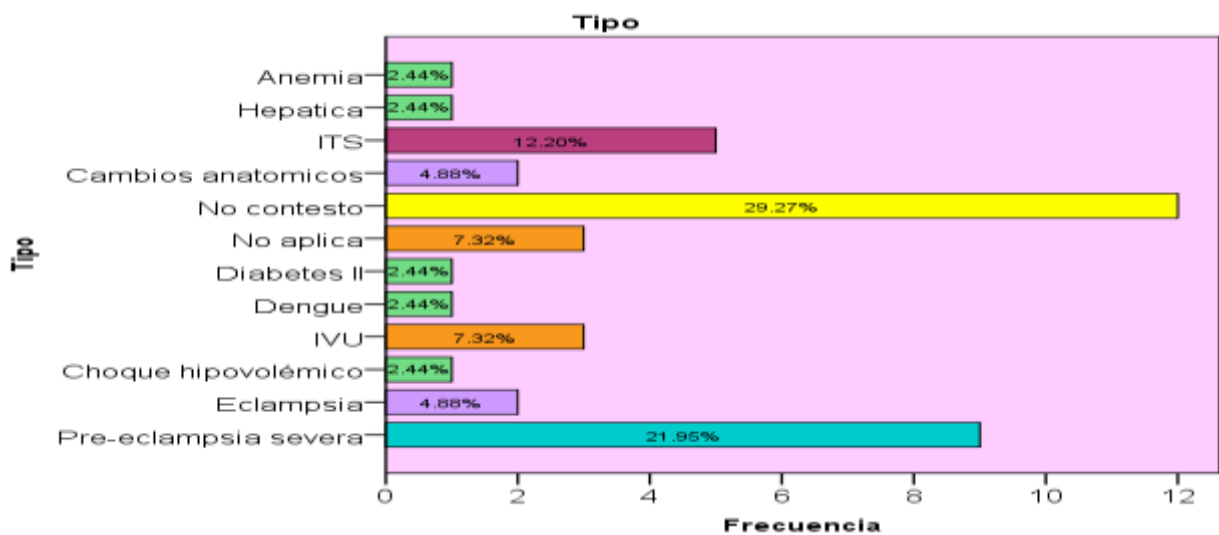


Cuadro No. 14 Tipo de enfermedad específica

		Tipo		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Pre-eclampsia severa	9	22.0	22.0	22.0
	Eclampsia	2	4.9	4.9	26.8
	Choque hipovolémico	1	2.4	2.4	29.3
	IVU	3	7.3	7.3	36.6
	Dengue	1	2.4	2.4	39.0
	Diabetes II	1	2.4	2.4	41.5
	No aplica	3	7.3	7.3	48.8
	No contesto	12	29.3	29.3	78.0
	Cambios anatómicos	2	4.9	4.9	82.9
	ITS	5	12.2	12.2	95.1
	Hepática	1	2.4	2.4	97.6
	Anemia	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 14 Tipo de enfermedad específica

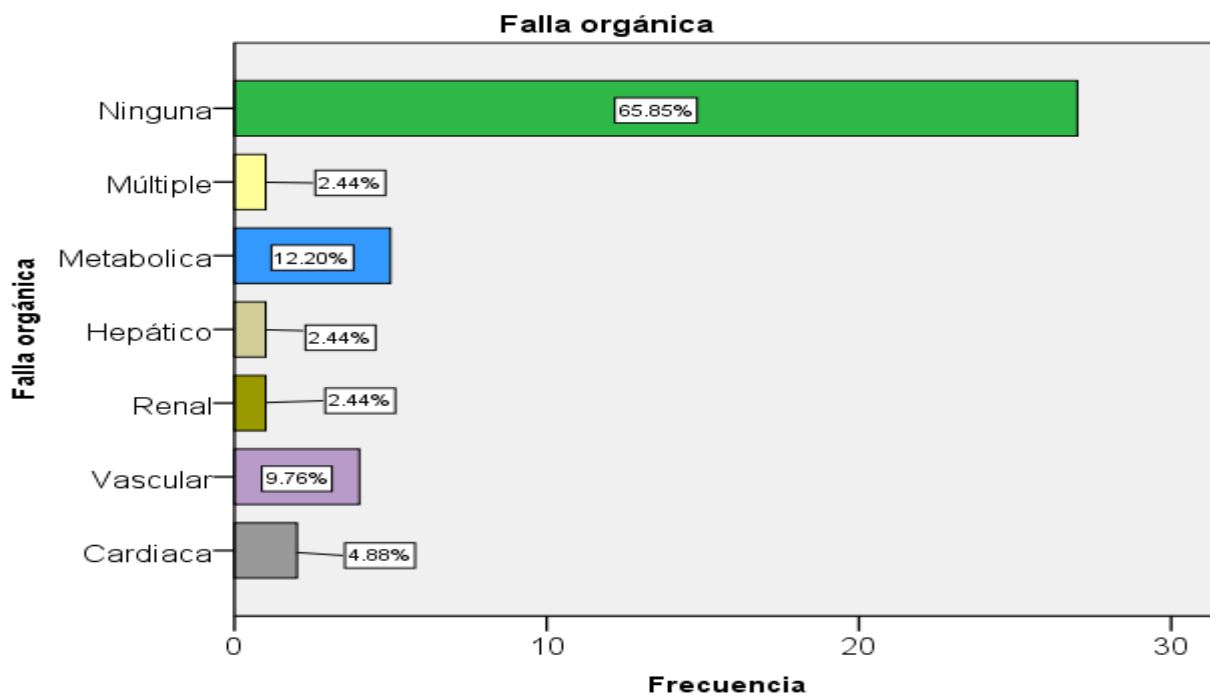


Cuadro No. 15 Falla orgánica

		Falla orgánica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cardiaca	2	4.9	4.9	4.9
	Vascular	4	9.8	9.8	14.6
	Renal	1	2.4	2.4	17.1
	Hepático	1	2.4	2.4	19.5
	Metabólica	5	12.2	12.2	31.7
	Múltiple	1	2.4	2.4	34.1
	Ninguna	27	65.9	65.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 15 falla orgánica

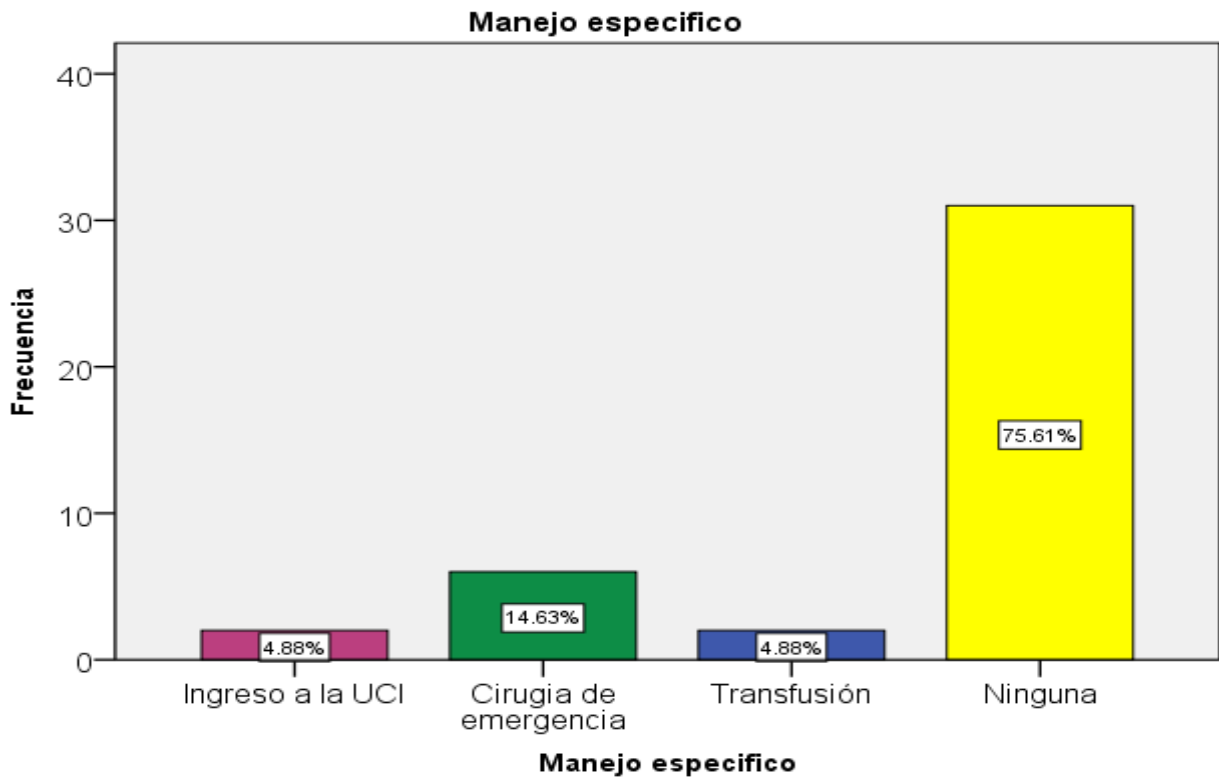


Cuadro No. 16 Manejo específico

		Manejo específico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ingreso a la UCI	2	4.9	4.9	4.9
	Cirugía de emergencia	6	14.6	14.6	19.5
	Transfusión	2	4.9	4.9	24.4
	Ninguna	31	75.6	75.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 16 manejo específico

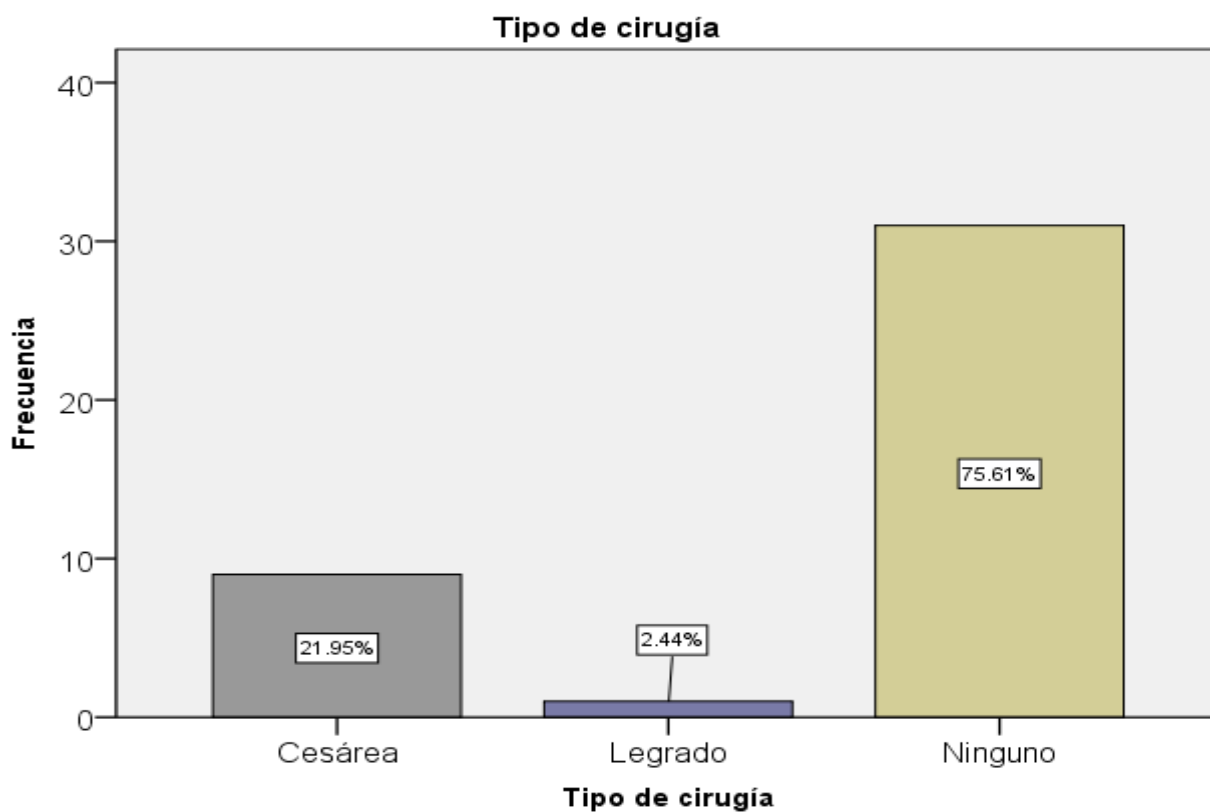


Cuadro No. 17 Tipo de cirugía

		Tipo de cirugía			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Cesárea	9	22.0	22.0	22.0
	Legrado	1	2.4	2.4	24.4
	Ninguno	31	75.6	75.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 17 Tipo de cirugía



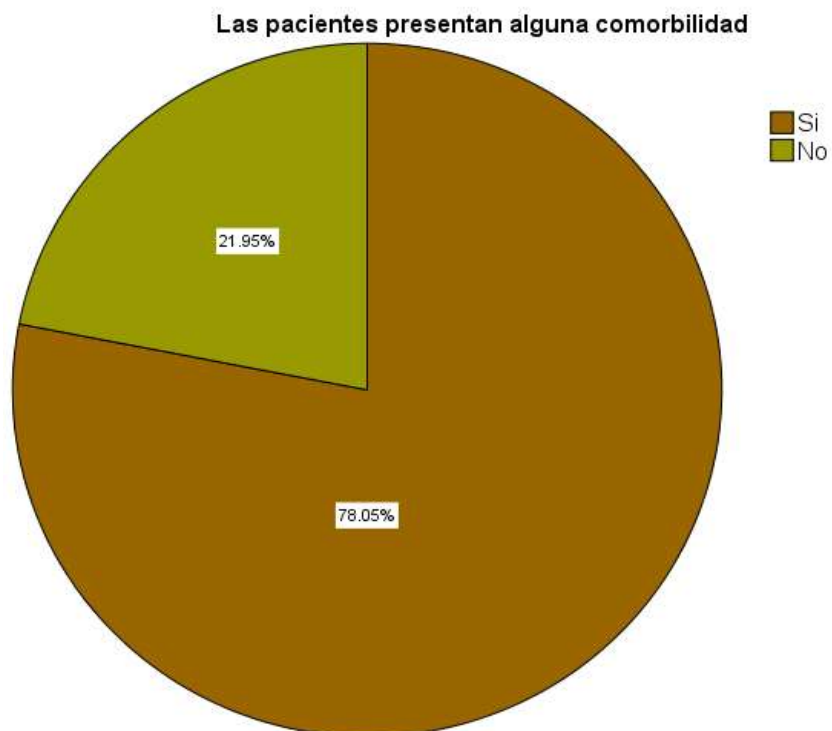
Antecedentes (Riesgo preconcepcional)

Cuadro No. 18 Las pacientes presentan alguna comorbilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	32	78.0	78.0	78.0
	No	9	22.0	22.0	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

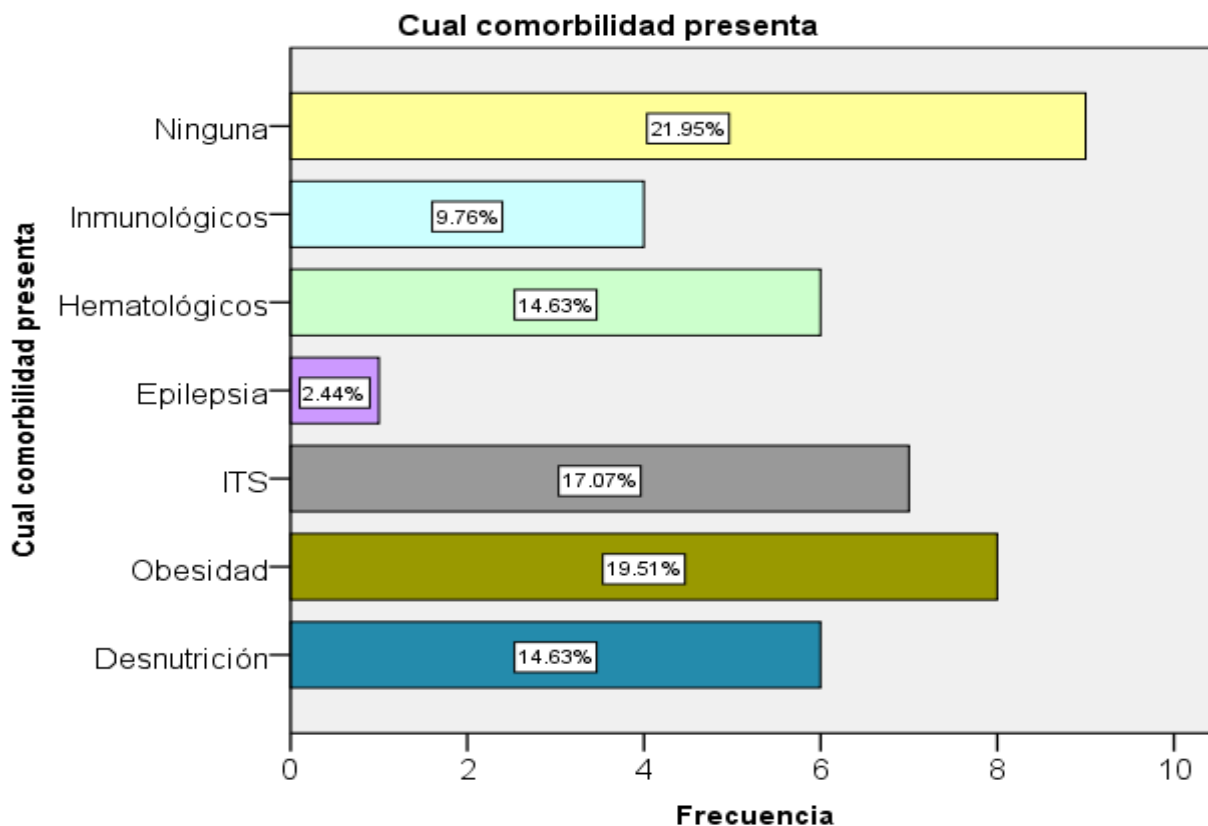
Figura No. 18 Las pacientes presentan alguna comorbilidad



Cual comorbilidad presenta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desnutrición	6	14.6	14.6	14.6
	Obesidad	8	19.5	19.5	34.1
	ITS	7	17.1	17.1	51.2
	Epilepsia	1	2.4	2.4	53.7
	Hematológicos	6	14.6	14.6	68.3
	Inmunológicos	4	9.8	9.8	78.0
	Ninguna	9	22.0	22.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41



Cuadro No. 19 Antecedentes de problemas sociales

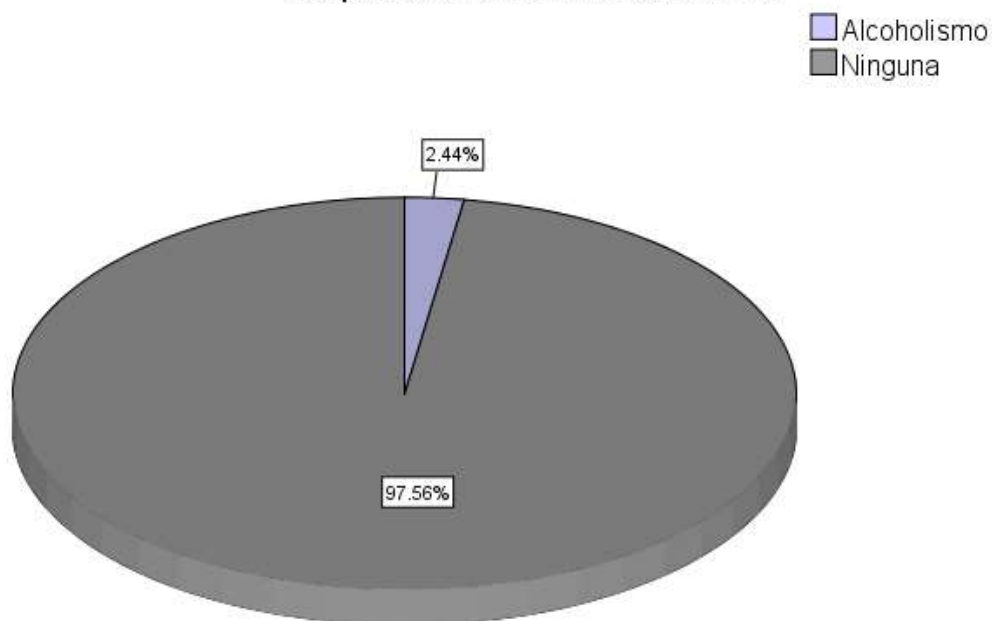
Las pacientes tienen antecedentes de

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alcoholismo	1	2.4	2.4	2.4
	Ninguna	40	97.6	97.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 19 Antecedentes de problemas sociales

Las pacientes tienen antecedentes de



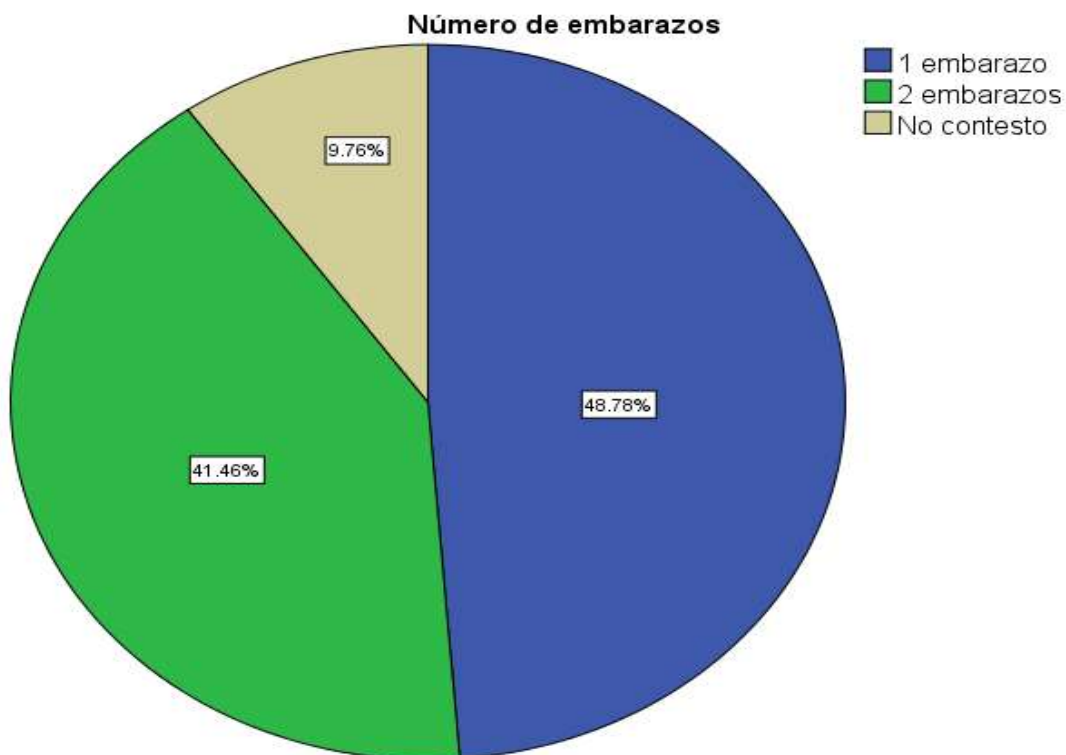
Antecedentes Gineco Obstetras

Cuadro No. 20 Número de embarazos

		Número de embarazos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 embarazo	20	48.8	48.8	48.8
	2 embarazos	17	41.5	41.5	90.2
	No contesto	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 20 Número de embarazos

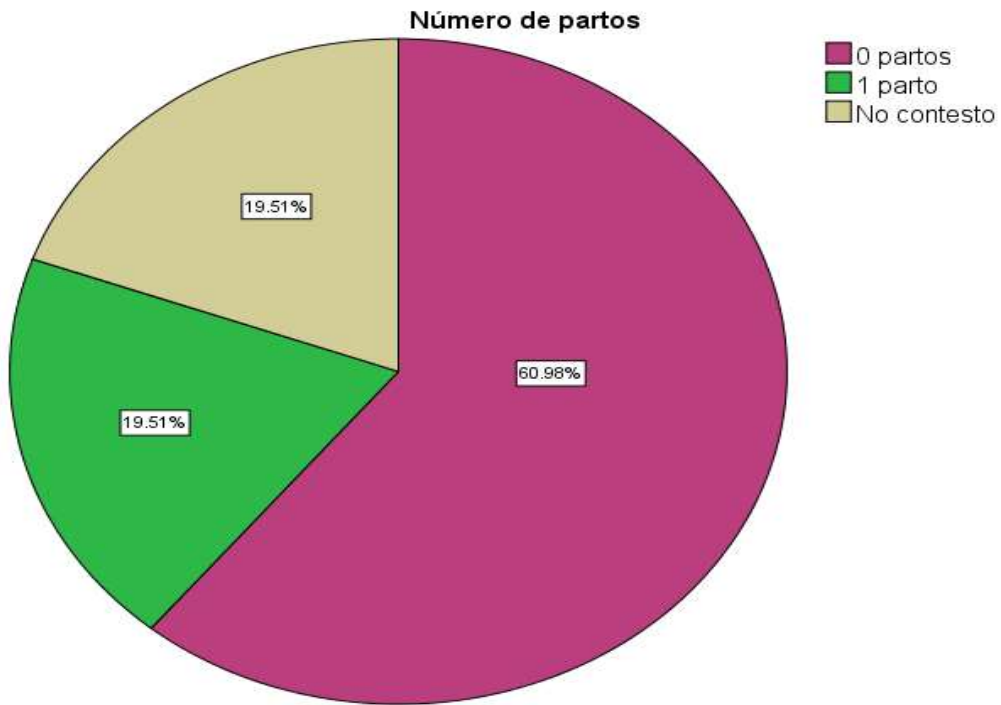


Cuadro No. 21 Número de partos

		Número de partos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 partos	25	61.0	61.0	61.0
	1 parto	8	19.5	19.5	80.5
	No contesto	8	19.5	19.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 21 Número de partos

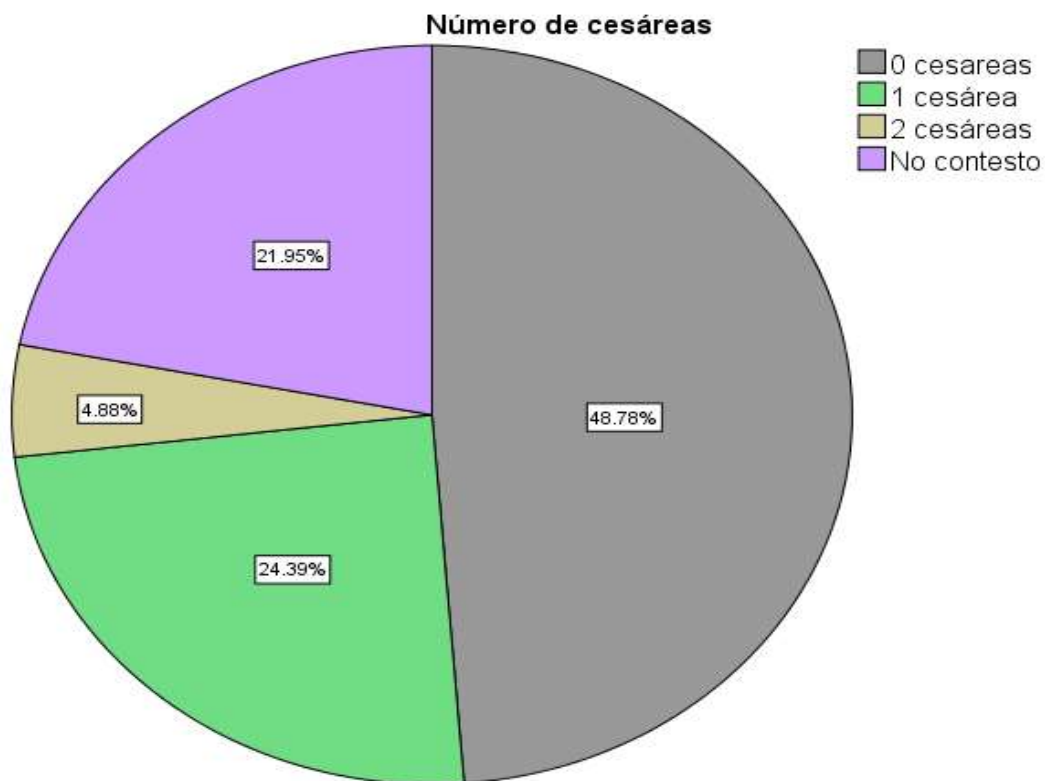


Cuadro No. 22 Número de cesáreas

		Número de cesáreas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 cesareas	20	48.8	48.8	48.8
	1 cesárea	10	24.4	24.4	73.2
	2 cesáreas	2	4.9	4.9	78.0
	No contesto	9	22.0	22.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 22 Número de cesáreas

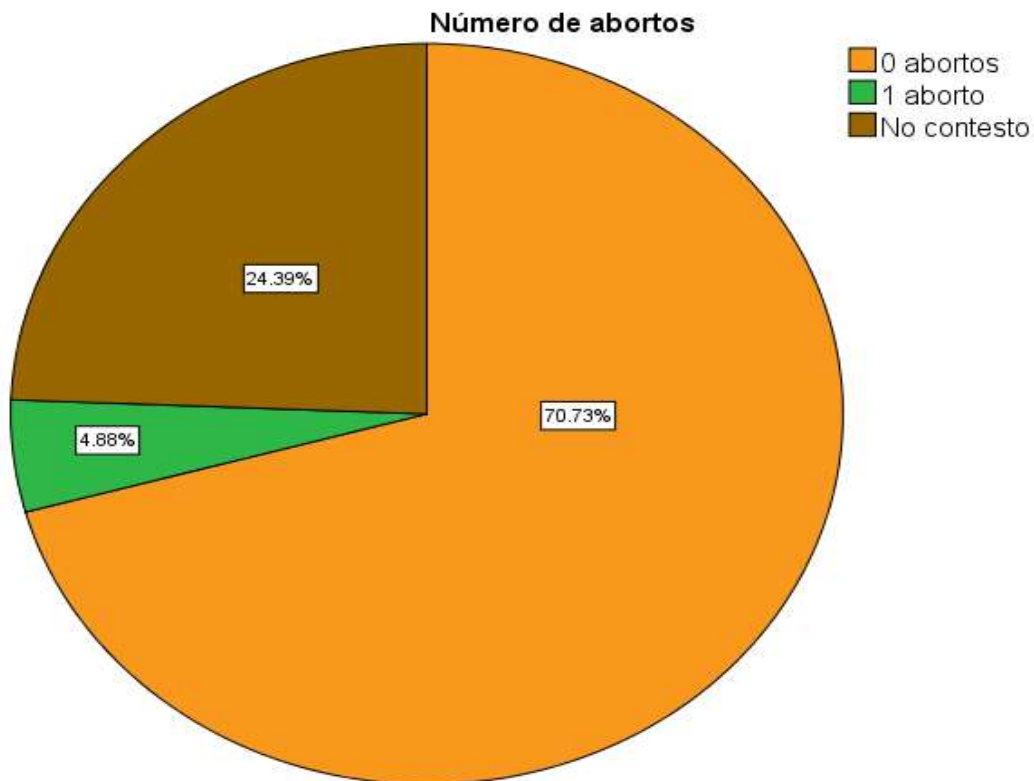


Cuadro No. 23 Número de abortos

		Número de abortos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 abortos	29	70.7	70.7	70.7
	1 aborto	2	4.9	4.9	75.6
	No contesto	10	24.4	24.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 23 Número de abortos

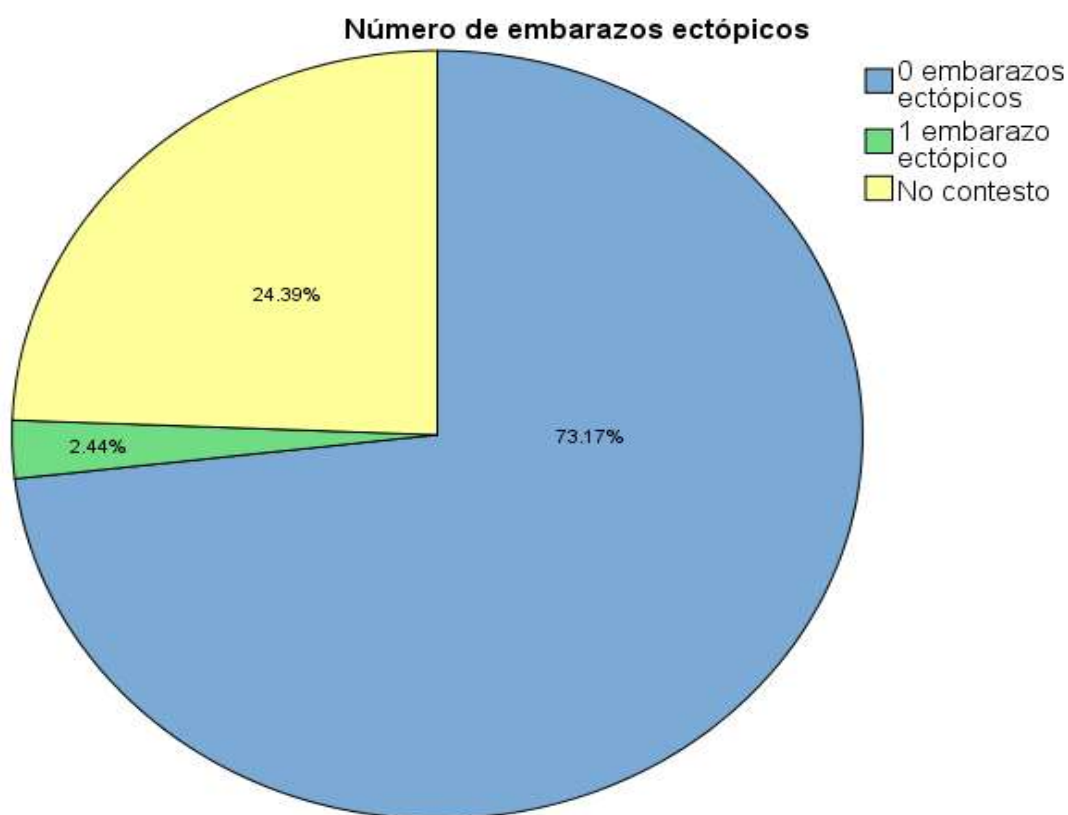


Cuadro No. 24 Número de embarazos ectópicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 embarazos ectópicos	30	73.2	73.2	73.2
	1 embarazo ectópico	1	2.4	2.4	75.6
	No contesto	10	24.4	24.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 24 Número de embarazos ectópicos



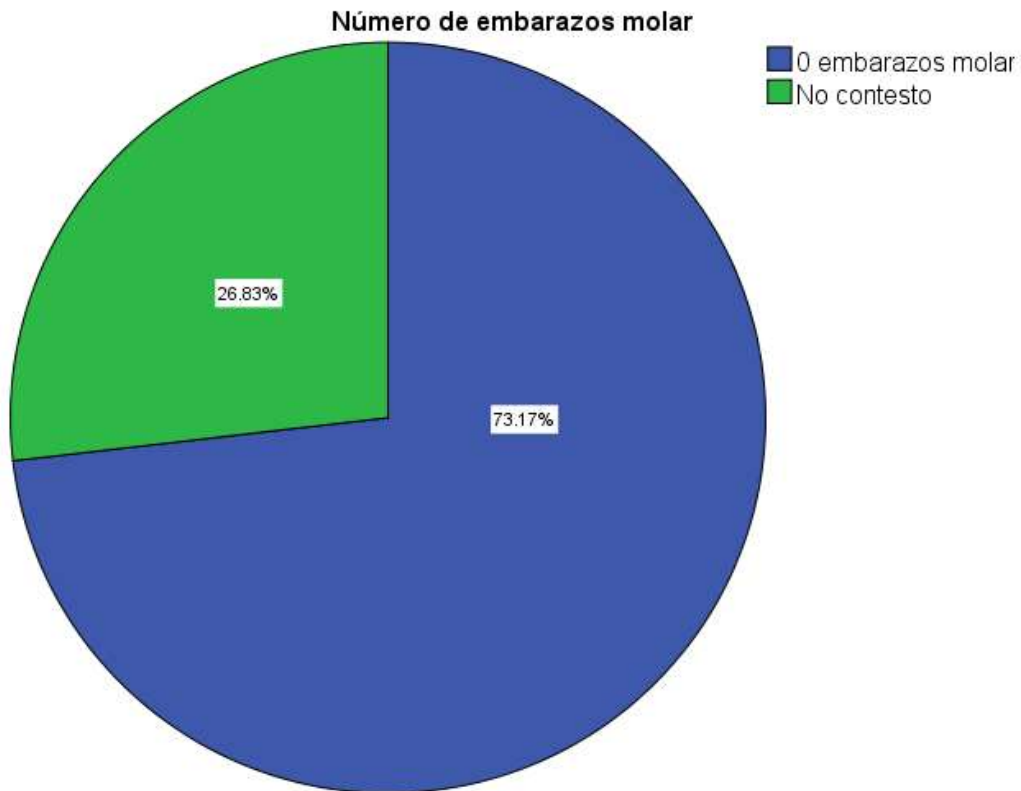
Cuadro No. 25 Número de embarazos molar

Número de embarazos molar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0 embarazos molar	30	73.2	73.2	73.2
No contesto	11	26.8	26.8	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 25 Número de embarazos molar

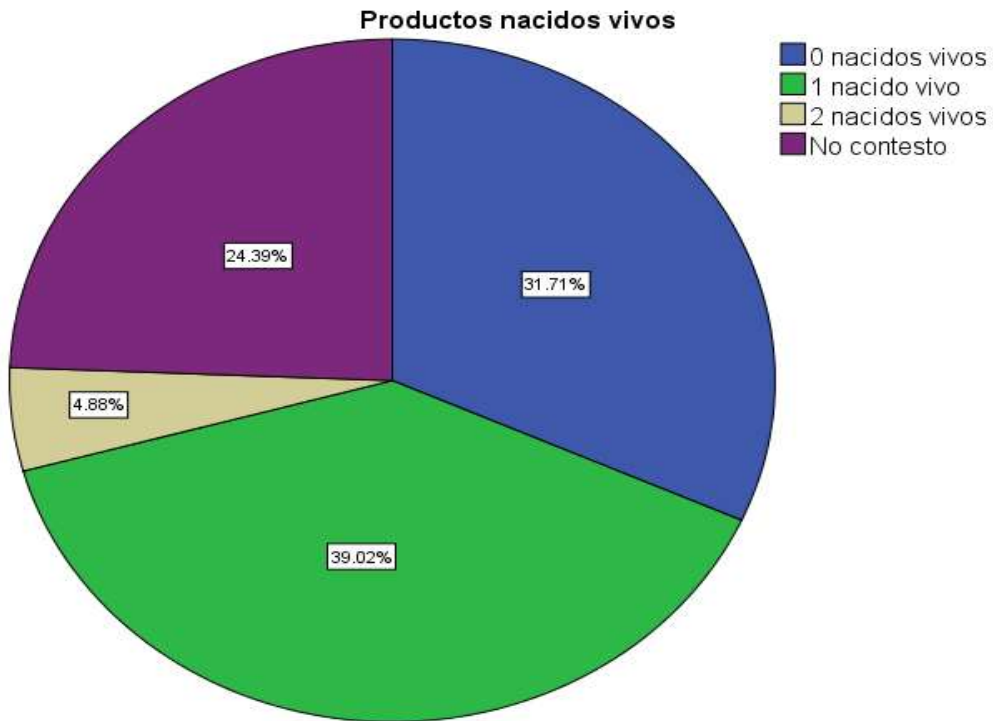


Cuadro No. 26 Productos nacidos vivos

		Productos nacidos vivos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 nacidos vivos	13	31.7	31.7	31.7
	1 nacido vivo	16	39.0	39.0	70.7
	2 nacidos vivos	2	4.9	4.9	75.6
	No contesto	10	24.4	24.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 26 Productos nacidos vivos

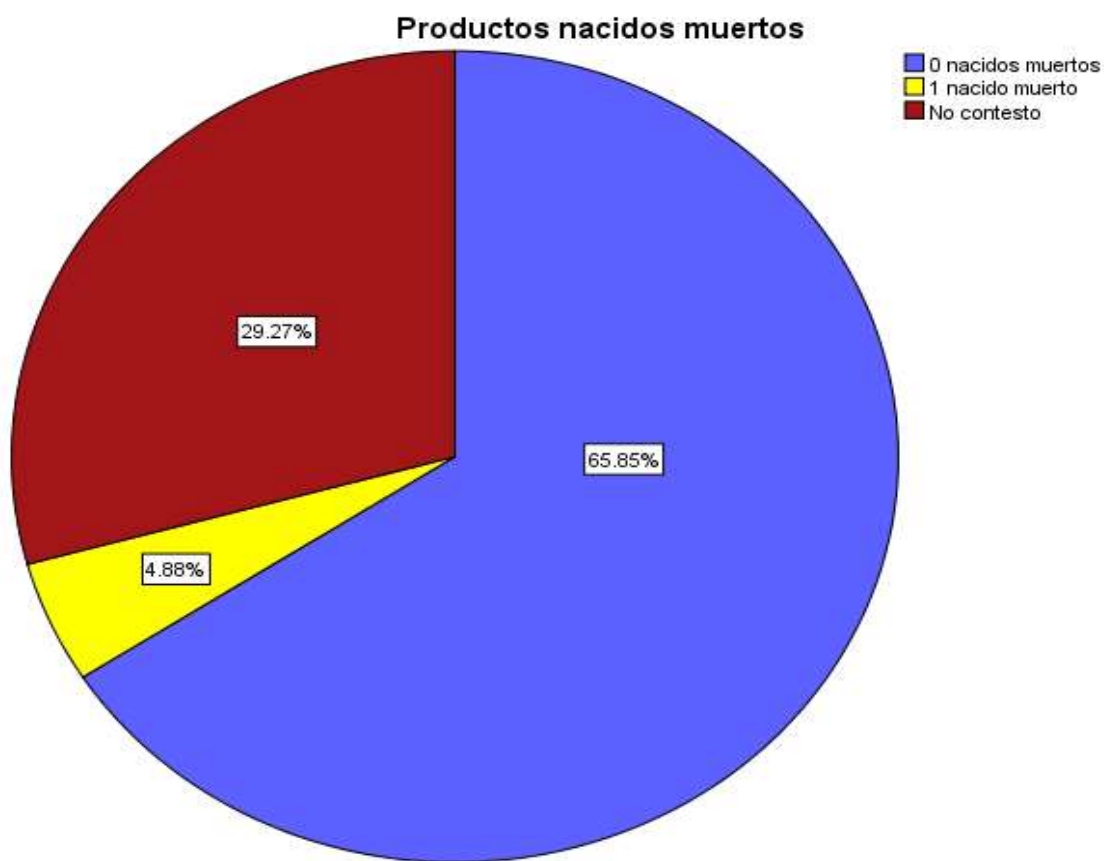


Cuadro No. 27 Productos nacidos muertos

		Productos nacidos muertos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 nacidos muertos	27	65.9	65.9	65.9
	1 nacido muerto	2	4.9	4.9	70.7
	No contesto	12	29.3	29.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 27 Productos nacidos muertos

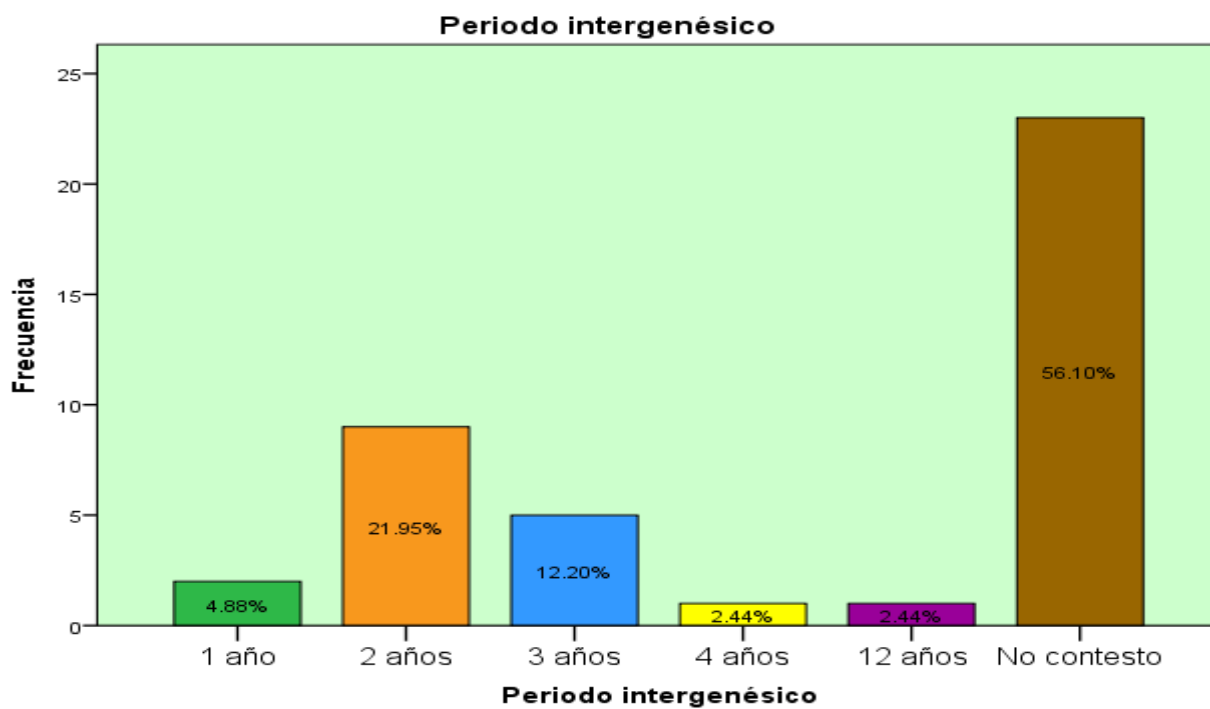


Cuadro No. 28 Periodo intergenésico

		Periodo intergenésico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 año	2	4.9	4.9	4.9
	2 años	9	22.0	22.0	26.8
	3 años	5	12.2	12.2	39.0
	4 años	1	2.4	2.4	41.5
	12 años	1	2.4	2.4	43.9
	No contesto	23	56.1	56.1	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 28 Periodo intergenésico



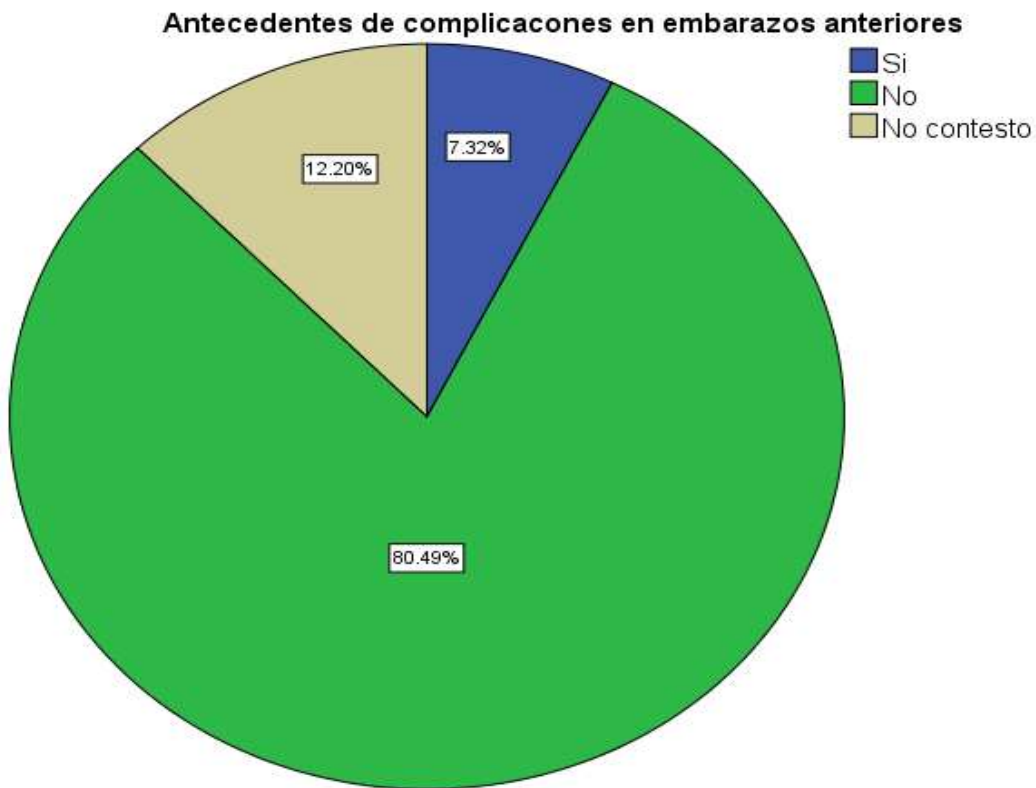
Cuadro No. 29 Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores

Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	7.3	7.3	7.3
	No	33	80.5	80.5	87.8
	No contesto	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 29 Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores



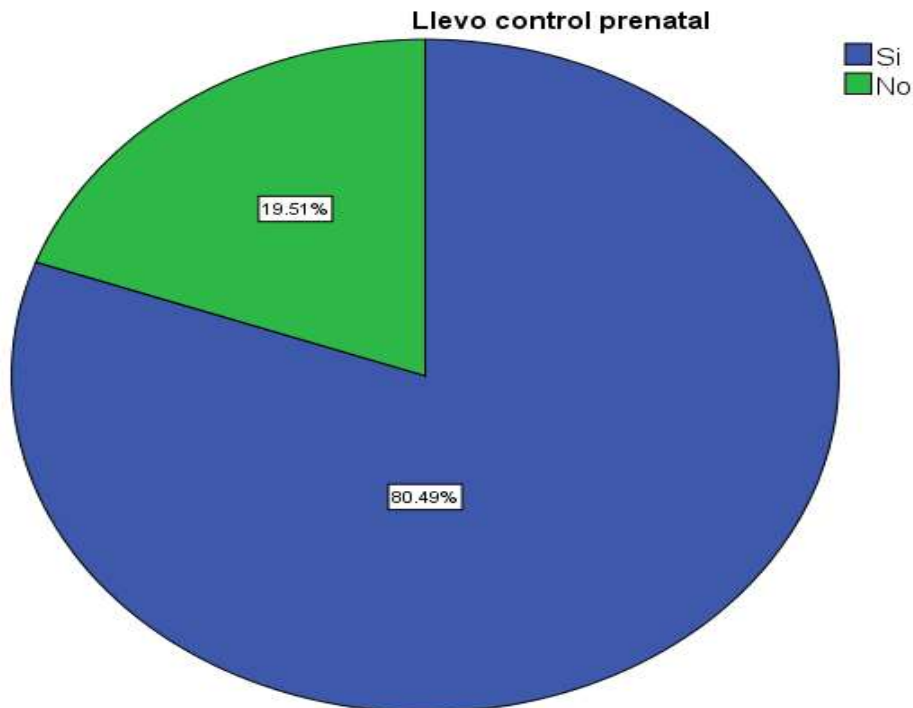
Embarazo actual.

Cuadro No. 30 Llevo control prenatal

		Llevo control prenatal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	33	80.5	80.5	80.5
	No	8	19.5	19.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 30 Llevo control prenatal



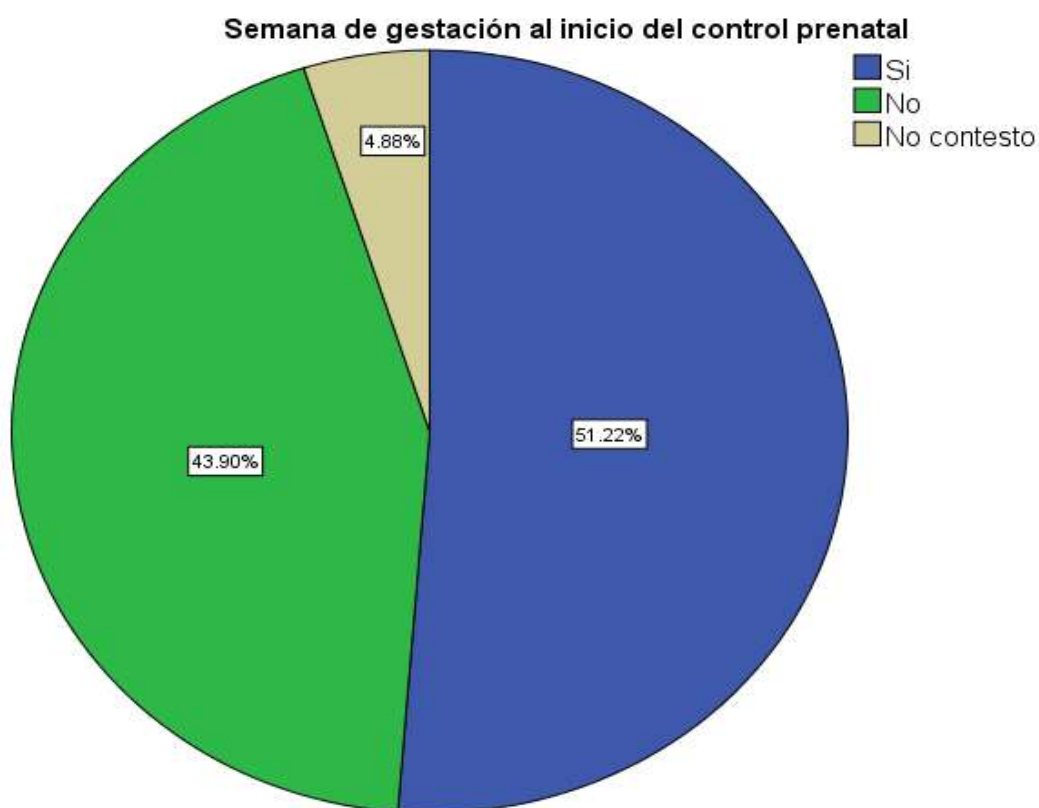
Cuadro No. 31 Semana de gestación al inicio del control prenatal

Semana de gestación al inicio del control prenatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	21	51.2	51.2	51.2
	No	18	43.9	43.9	95.1
	No contesto	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 31 Semana de gestación al inicio del control prenatal

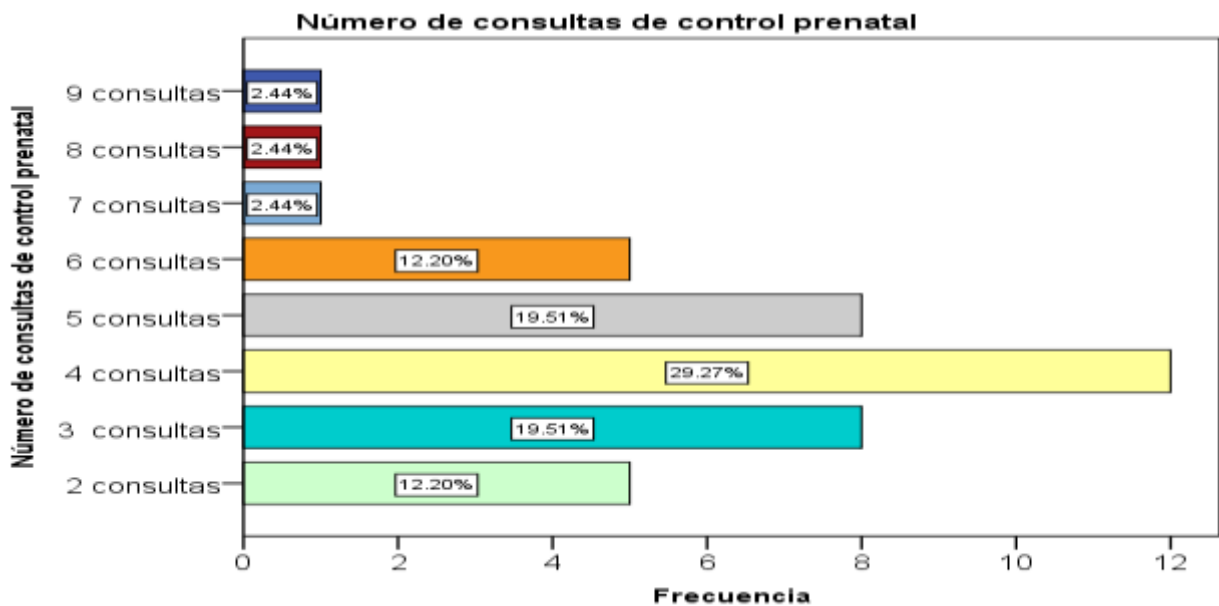


Cuadro No. 32 Número de consultas al inicio del control prenatal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 consultas	5	12.2	12.2	12.2
	3 consultas	8	19.5	19.5	31.7
	4 consultas	12	29.3	29.3	61.0
	5 consultas	8	19.5	19.5	80.5
	6 consultas	5	12.2	12.2	92.7
	7 consultas	1	2.4	2.4	95.1
	8 consultas	1	2.4	2.4	97.6
	9 consultas	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 32 Número de consultas al inicio del control prenatal

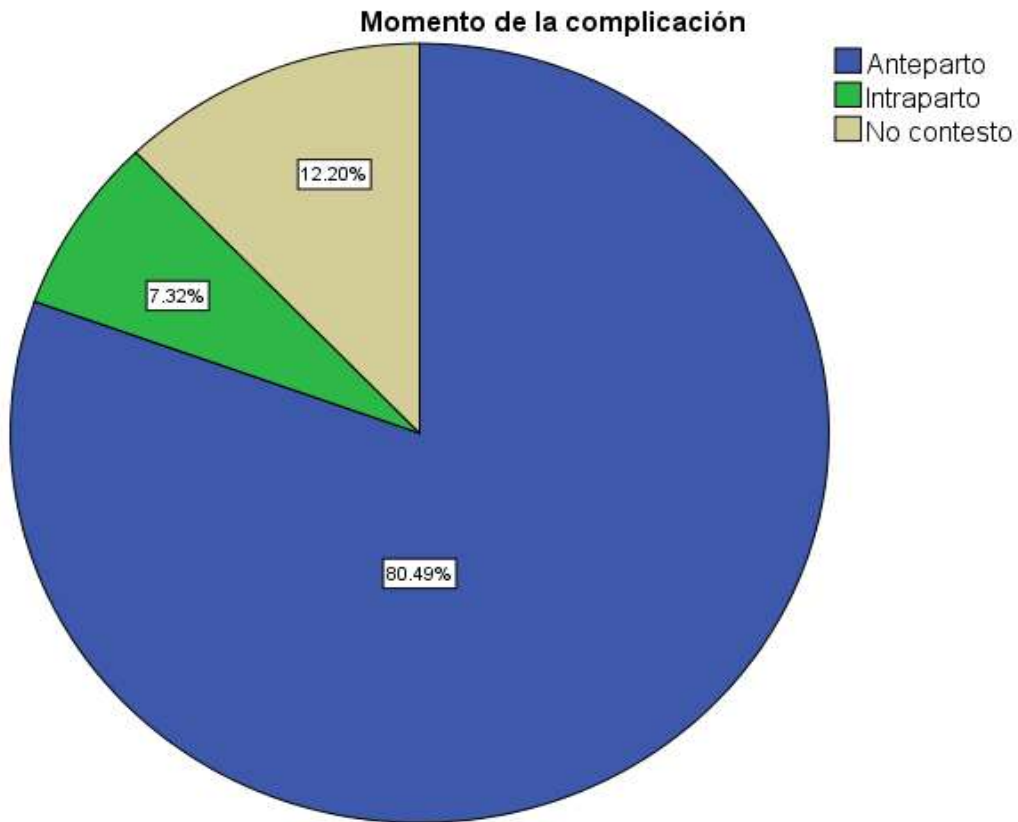


Cuadro No. 33 Momento de la complicación del embarazo

		Momento de la complicación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anteparto	33	80.5	80.5	80.5
	Intraparto	3	7.3	7.3	87.8
	No contesto	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 33 Momento de la complicación durante el embarazo

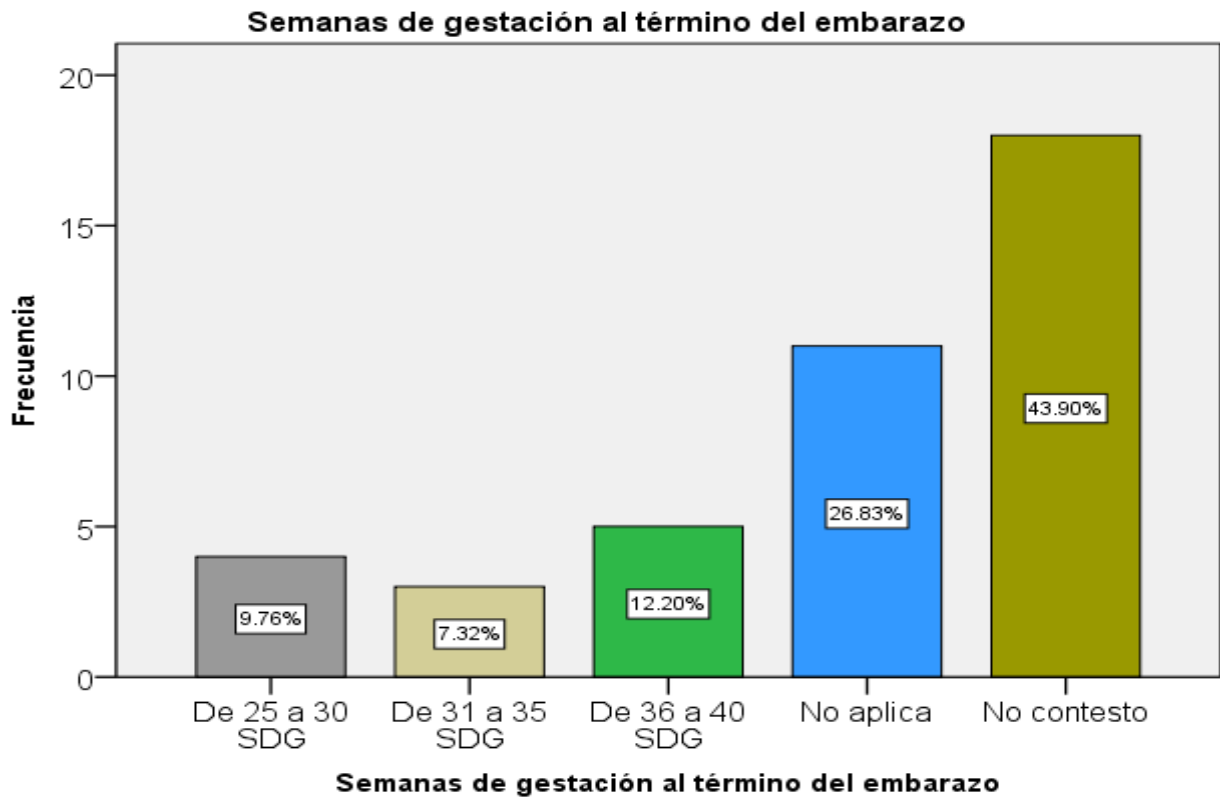


Cuadro No. 34 Semanas de gestación al término del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 25 a 30 SDG	4	9.8	9.8	9.8
	De 31 a 35 SDG	3	7.3	7.3	17.1
	De 36 a 40 SDG	5	12.2	12.2	29.3
	No aplica	11	26.8	26.8	56.1
	No contesto	18	43.9	43.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 34 Semanas de gestación al término del embarazo

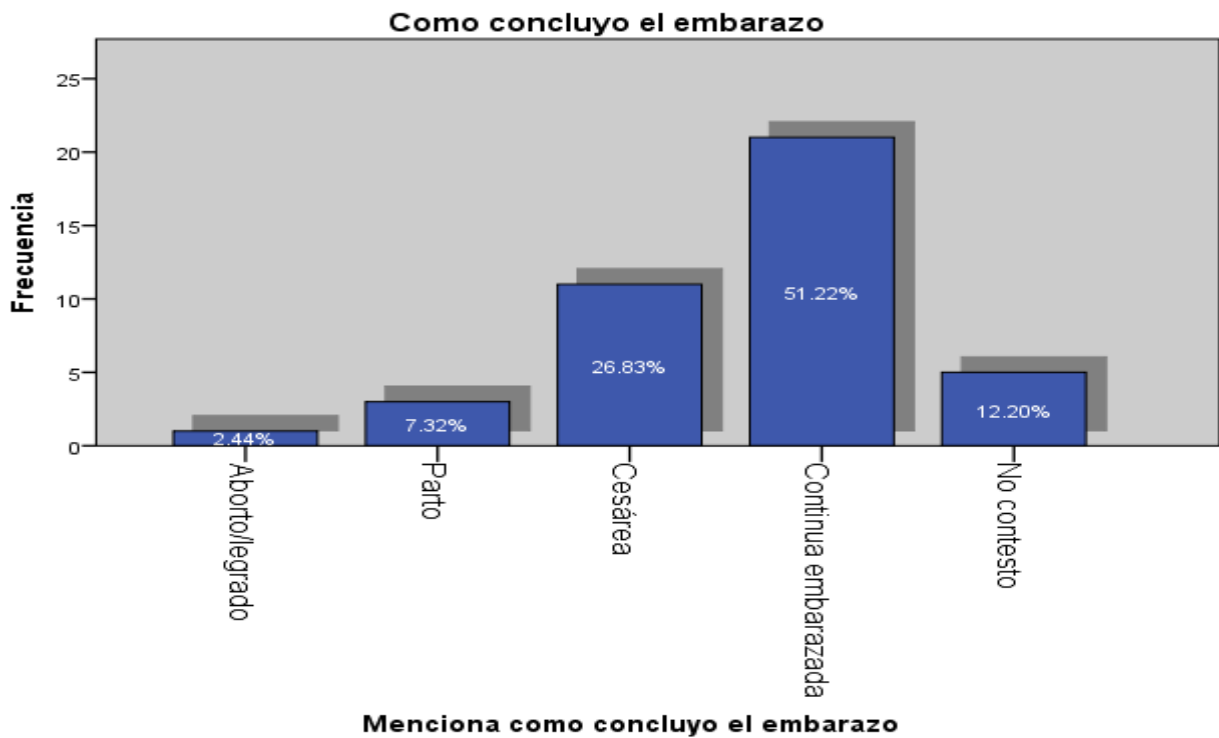


Cuadro No. 35 Como concluyo el embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Aborto/legrado	1	2.4	2.4	2.4
	Parto	3	7.3	7.3	9.8
	Cesárea	11	26.8	26.8	36.6
	Continua embarazada	21	51.2	51.2	87.8
	No contesto	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 35 Como concluyo el embarazo



Cuadro No. 36 Estado del recién nacido

		Estado del recién nacido			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vivo	8	19.5	19.5	19.5
	Muerto	3	7.3	7.3	26.8
	No aplica	21	51.2	51.2	78.0
	No contesto	9	22.0	22.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 36 Estado del recién nacido

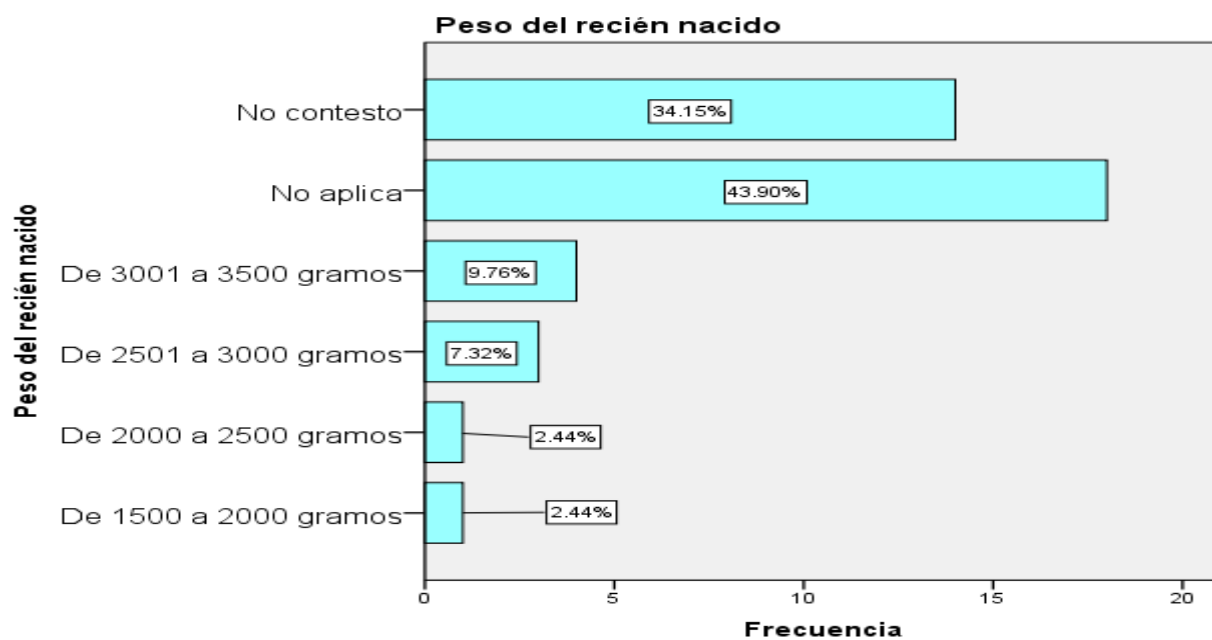


Cuadro No. 37 Peso del recién nacido

		Peso del recién nacido			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 1500 a 2000 gramos	1	2.4	2.4	2.4
	De 2000 a 2500 gramos	1	2.4	2.4	4.9
	De 2501 a 3000 gramos	3	7.3	7.3	12.2
	De 3001 a 3500 gramos	4	9.8	9.8	22.0
	No aplica	18	43.9	43.9	65.9
	No contesto	14	34.1	34.1	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 37 Peso del recién nacido



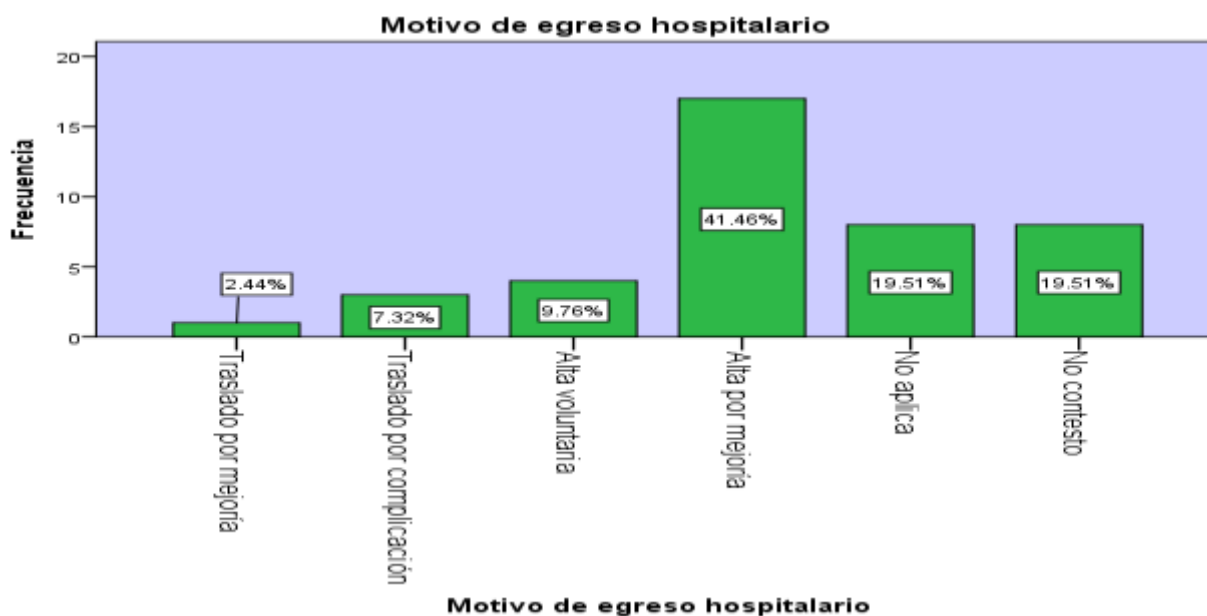
Datos de Egreso.

Cuadro No. 38 Motivo de egreso hospitalario

		Motivo de egreso hospitalario			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Traslado por mejoría	1	2.4	2.4	2.4
	Traslado por complicación	3	7.3	7.3	9.8
	Alta voluntaria	4	9.8	9.8	19.5
	Alta por mejoría	17	41.5	41.5	61.0
	No aplica	8	19.5	19.5	80.5
	No contesto	8	19.5	19.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 38 Motivo de egreso hospitalario



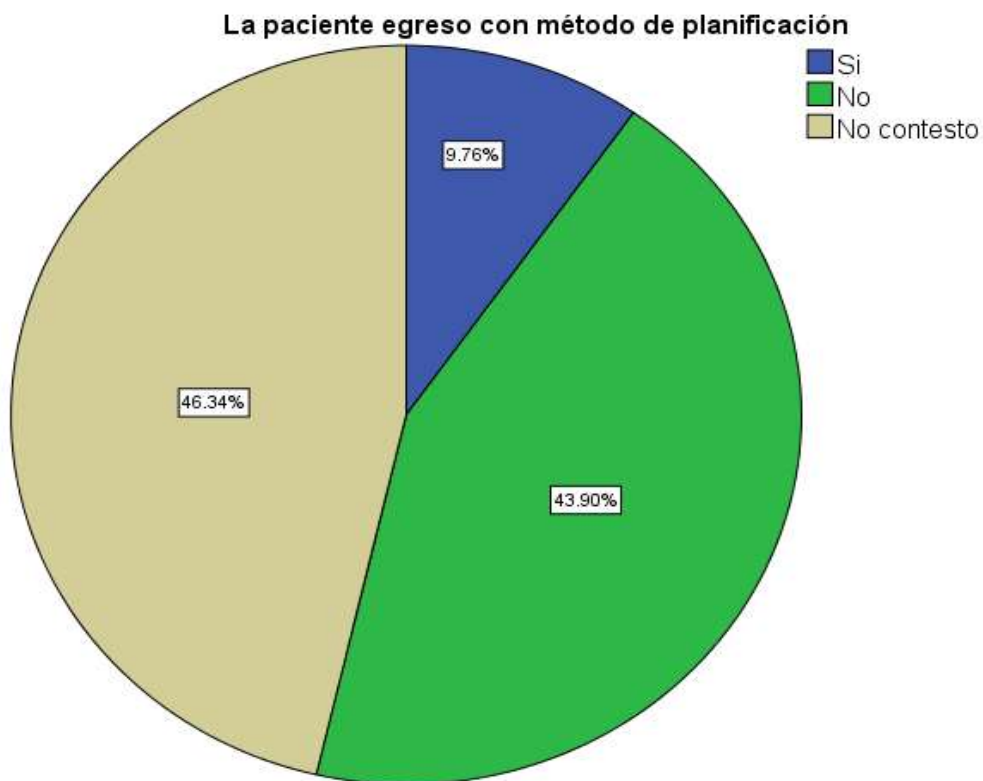
Cuadro No. 39 La paciente egreso con método de planificación

La paciente egreso con método de planificación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	9.8	9.8	9.8
	No	18	43.9	43.9	53.7
	No contesto	19	46.3	46.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

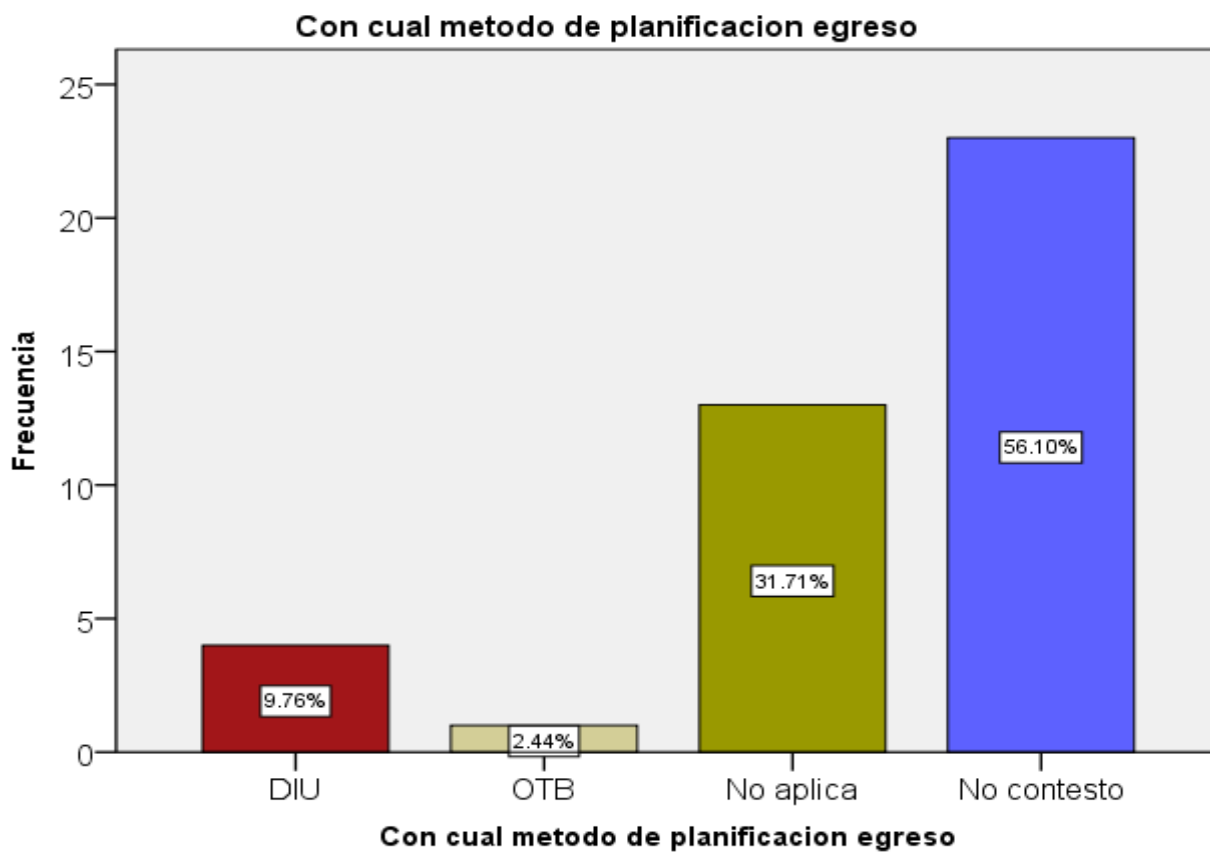
Figura No. 39 La paciente egreso con método de planificación



Con cual método de planificación egreso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DIU	4	9.8	9.8	9.8
	OTB	1	2.4	2.4	12.2
	No aplica	13	31.7	31.7	43.9
	No contesto	23	56.1	56.1	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41



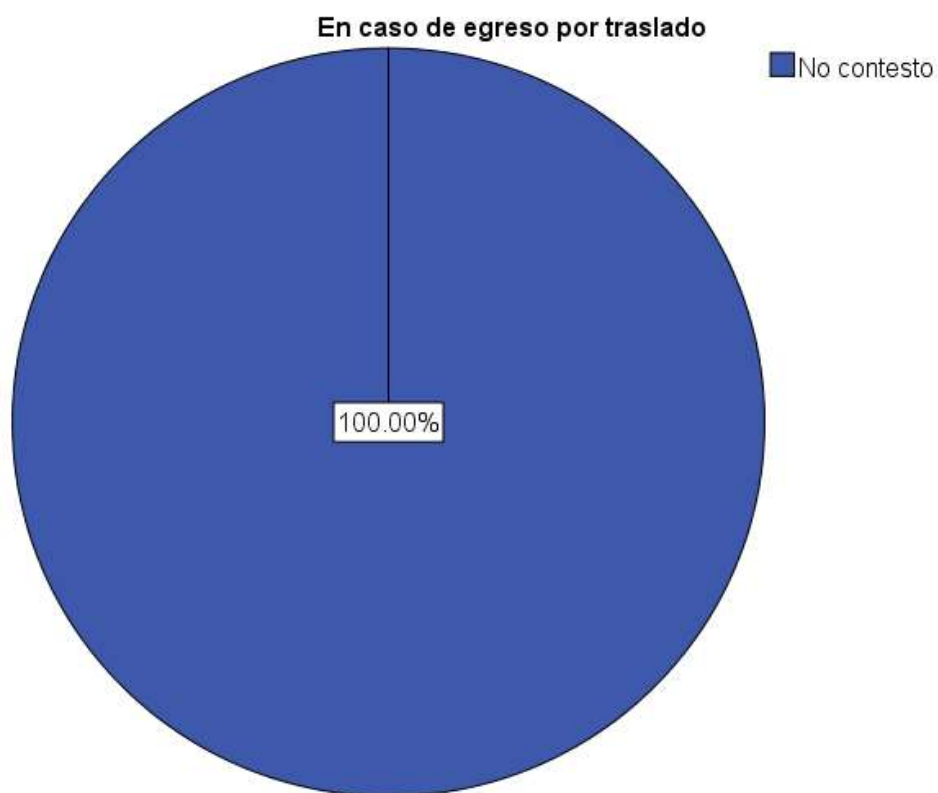
Cuadro No. 40 En caso de egreso por traslado

En caso de egreso por traslado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	41	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta para identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco, Gro. N=41

Figura No. 40 en caso de egreso por traslado



Discusión.

De acuerdo a los resultados obtenidos del estado civil de las adolescentes se encontró que el 70.7% está en unión libre con su cónyuge y el 14.6% es soltera y casada respectivamente.

En relación a la ocupación el 75.6% son ama de casa y el 17.1% estudiante; su nivel de escolaridad el 53.7% cuenta con estudios de secundaria, el 36.6% preparatoria y el 9.8% primaria. El 29.3% viven con sus padres, esposo y suegros respectivamente y el 9.8% con la madre. El 92.7% refieren tener un nivel socioeconómico medio y el 7.3% bajo. La mayoría de las adolescentes habla castellano y el 2.44% son indígenas y hablan náhuatl

En relación a los datos de internamiento el 48.8% ingreso por modulo mater y el 46.3% por la consulta externa. Menciona el 48.78% que llegó al hospital sin referencia y el 39.02% fue referida de la unidad de primer nivel.

En relación al diagnóstico de ingreso refiere el 19.5% que presento infección de las vías urinarias, el 14.6% con trabajo de parto, 12.2% con hipomovilidad fetal y sangrado transvaginal respectivamente y el 9.8% con preeclampsia.

En relación a la enfermedad especifica el 22% fue por preeclampsia severa, el 12.2% infección de trasmisión sexual, 7.3% infección de vías urinarias y el 4.9% de eclampsia. Presentando falla orgánica metabólica el 12.2%, el 9.8% falla vascular, el 4.9% cardiaca, así como renal, hepática, múltiple en un 2.4%.

El manejo que se le proporciona a la embarazada fue 14.6% cirugía de emergencia y el 4.9% ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y

tratamiento de transfusión sanguínea respectivamente. El tipo de cirugía que se realizó fue el 21.95% cesárea y el 2.44% legrado.

En relación al riesgo preconcepcional el 78% de las pacientes presentan alguna comorbilidad y el 19.5% presentó obesidad, el 17.1% presentó infecciones de transmisión sexual, el 14.6% desnutrición y hematológicas respectivamente y 9.8% inmunológicas.

En relación a antecedentes de problemas de alcoholismo el 97.6% refiere que no tienen este problema, solo el 2.4% refiere que es alcohólica.

En relación a los antecedentes Gineco Obstetras las adolescentes mencionaron que el 48.8% tiene un embarazo y el 41.5% ha tenido dos embarazos y el 24.4% le han realizado una cesárea y el 4.9% tubo 2 cesáreas solo el 4.9% ha tenido un aborto y 2.4% tubo un embarazo ectópico y solo el 4.9% mencionaron que su bebé nació muerto. Las adolescentes mencionaron que el 7.3% menciono que si ha presentado complicaciones.

En relación el embarazo actual refiere el 80.5% que llevo control prenatal y el 19.5% no. De la muestra en estudio el 29.3% menciono que llevaban 4 consultas de control prenatal y el 19.5% 3 y 5 consultas respectivamente.

Mencionan que cuando su embarazo se complico fue en el anteparto en un 80% y el 7.3% en el intraparto y el 12.2% y refieren que cuando se complicó su embarazo fue en la semana 34 a 40 SDG al termino del embarazo y el 9.8% de 25 a 30 SDG y 7.3% de la 31 a 35 SDG y su embarazo concluyó en 26.8% en cesárea. 7.3% parto, 2.4% aborto y el 51.2% continúa embarazada y el estado del RN fue 19.5% producto vivo y el 7.3% muerto.

En relación del egreso hospitalario el 41.5% fue de alta por mejoría, 9.8% alta voluntaria y el 7.3% traslado por complicación. El 43.9% no egreso con método de planificación y solo el 9.8% si acepto método anticonceptivo como es el DIU en un 9,8% y OTB el 2.4%).

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones: El embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que participan un gran número de factores de riesgo como son bajo nivel de estudios, nivel económico medio. En relación a los datos de internamiento fue por modulo mater, la consulta externa y llego sin referencia o referida de la unidad de primer nivel. En relación al diagnóstico de ingreso fue por infección de las vías urinarias, con trabajo de parto, hipomovilidad fetal y sangrado transvaginal y preeclampsia severa, eclampsia e infección de trasmisión sexual. En relación al riesgo preconcepcional las pacientes presentaron alguna comorbilidad (obesidad, desnutrición y hematológicas e inmunológicas). En relación a los antecedentes Gineco Obstetras la mayoría tiene uno y dos embarazos y se le ha practicado una cesárea. En relación el embarazo actual la mayoría llevo control prenatal, pero con pocas consultas prenatales, la mayoría menciono que su embarazo se complicó en el anteparto e intraparto y fue en la semana 34 a 40 SDG, de 25 a 30 SDG y 31 a 35 SDG y la mitad concluyó en cesárea, parto y aborto. La mayoría de las adolescentes que finalizo su embarazo no egreso con método de planificación.

Sugerencias.

Incrementar acciones de promoción-prevención hacia este grupo de edad, para mejorar su salud sexual y reproductiva para evitar embarazos no deseados e infecciones de trasmisión sexual para concientizar a los adolescentes sobre la importancia que tiene el cuidado sexual para tener una mejor calidad de vida.

Impartir pláticas sobre la importancia que tiene la atención prenatal durante la gestación, implementado acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales

Orientar a las gestantes adolescentes de la importancia que tiene la higiene en las mujeres embarazadas para evitar infecciones durante el embarazo.

Impulsar en las escuelas programas de educación sobre las complicaciones durante el embarazo como preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones urinarias, desprendimiento prematuro de membranas, aborto, rotura prematura de membranas, embarazo gemelar, diabetes gestacional que pueden presentar las mujeres embarazadas para reducir la morbi-mortalidad en las adolescentes.

Dar cursos sobre planificación familiar a las y los adolescentes para evitar embarazos no deseados.

Solicitar a las autoridades educativas que soliciten al sector salud la participación del personal de enfermería y médico para impartir educación de salud sexual y reproductiva para desarrollar en ellos el sentido de la responsabilidad hacia uno mismo y su pareja.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Ávila MGA, García MB, Arguello MP. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Rev Med Hondur. 2011; 79 (2).

Campo C, MN. Atención prenatal. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 119-122.

Castro EM, Rivero PR, Guerrero BN, Vázquez SM, Díaz FY, la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe- Mirada con catalejo de Cairo + 20. Rev Cubana Sexología y Sociedad, 2014; 20(1). Disponible en:

<http://revsexologiaysociedad.sid.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/461>.

Carvajal BR, Valencia OHL, Rodríguez ARM. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. REV Univ Ind de Santander Salud. 2017; 49, (2): 290-300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017002>

Cortés AA, Chacón OD, Álvarez G AG, Sotonavarro GY. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015; 41(1): 50-58. Disponible en:

<http://www.revmgi.sid.cu/index.php/mgi/article/view/68>.

Creus M., Balasch J. Protocolo de estudio del aborto de repetición, Actualización en Obstetricia y Ginecología (Balasch Juan). Editorial Ergon, Barcelona España, 2015, pp.15-16

Fajardo A. Estrategias de intervención para el cuidado de los/as adolescentes en salud sexual y reproductiva. Policlínico “Dr. Carlos J. Finlay”. Marianao, 2009. Revista Enfermería Global, 2011; 10(1). Disponible en: <http://scielo.iscili.es/pdf/eq/v10n21/docencia2.pdf>.

García OAA, González SM. Factores de Riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Rev Ciencias Médicas, 2018: 22(3). Disponible en : www.revcmpinar.sid.cu/index.php/publicaciones/article/view/3459

Guía Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de R. México: Secretaria de Salud: 2009. Disponible en: <http://www.conetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>,

Guía de Práctica Clínica. Embarazo en riesgo: concepto. Situaciones de riesgo. Clasificación, descripción, planificación de los cuidados obstétricos ginecológicos. Implicaciones materno-fetales. Intervenciones y valoración de la situación de los trastornos cardiovasculares, respiratorios, digestivos, hematológicos, musculoesqueléticos y neurológicos durante el embarazo. AMIRSALUD. Disponible en: www.amirsalud.com

González QJC, Salamanca PJP, Quiroz RRM, Hernández P AM, Hernández RAD, Quesada NB. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población

adolescente escolar urbana y rural colombiana. Rev. Salud Pública. 2012 14(3): 404-416.

González SR, Martínez CA, Martínez GA, Martínez GO, Mariño ME. Riesgos biosociales en gestantes adolescentes: propuesta de evaluación en el nivel primario MULTIMED Rev Médica Granma, 2016; 20(1). Disponible en: <http://www.revmultimed.sid.cu/index.php/mtm/article/view/141>.

Kassebaum NJ, Bertozzi VA, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014; 384: 980-1004.

Londoño C JG. Aborto. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 141-147.

López M. Hemorragia posparto: prevención y tratamiento. Actualización en Obstetricia y Ginecología (Balasch Juan). Editorial Ergon, Barcelona España, 2015, pp.475-482.

Mancilla RJ. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Rev Perinatología y Reproducción Humana, 2012; 26 (1) 5-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/inper>.

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Ginebra: 2011

Profamilia. Salud Materno-Infantil. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud Resultados. Bogota: Profamilia. 2010.

Quintero PPP. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”. Rev Cybanade Obstetricia y Ginecología, 2016; 42(3). Disponible en <http://scielo.sid.cu>

Restrepo M. Clara Margarita y Restrepo E. Olga Lucia. Salud sexual y reproductiva en la adolescente. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 531-541.

Sanabria NJG, Fernández M ZC. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial. Rev Ciencias Médicas 2019; 23 (1): 119-134. Disponible en: <http://revcmpinar.sid.cu/index.php/publicaciones/article/view/3770>

UNICEF Experiences and accounts of pregnancy amongst adolescents. An approximation towards the cultural, social and emotional factors influencing teenage 2014, Panamá.

UNICEF. Tablas Estadísticas. Adolescentes, En UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas. New York. 2012: 130-3

Vélez A. GA, Agudelo JB. Hemorragia posparto y choque hipovolémico. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 209-2010.

Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019; 21: e109-e119

World Health Organization. Young people: health risks and solutions. Fact sheet 345. August 2011. www.who.int/media-center/factsheets/fs345/en/

World Health Organization. Adolescent pregnancy. Fact sheet 364. May.2012 www.who.int/mediacenter/factsheets/fs364/en/index.html.

Zuleta T JJ, Gómez D JG. Evaluación del riesgo y conceptos epidemiológicos. (Botero J., Júbiz A. y Henao G.) Obstetricia y Ginecología, Editor Fondo editorial, Medellín, Colombia, 2015 pp. 75-81.

ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón, Guerrero. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que doy mi consentimiento firmando esta carta.

Firma de la adolescente

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad “Identificar los factores de riesgo del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital General “Adolfo Prieto” de Taxco de Alarcón, Guerrero. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

I. Datos sociodemográficos.

1. Edad

- a) 10 años
- b) 11 años
- c) 12 años
- d) 13 años
- e) 14 años
- f) 15 años
- g) 16 años
- h) 17 años
- i) 18 años
- j) 19 años
- k) 20 años

2. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Unión libre
- e) Separada
- f) Viuda

3. Ocupación

- a) Estudiante

- b) De consulta externa de la misma unidad
- c) Referida de la unidad de primer nivel
- d) Otra unidad hospitalaria. Cuál: _____

12. Registre el o los principales Diagnósticos de Ingreso:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

13. Enfermedad específica

- a) Si
- b) No

14. Tipo

- a) Pre-eclampsia severa
- b) Eclampsia
- c) Choque hipovolémico
- d) Choque séptico
- e) Lupus eritematoso sistémico
- f) Otro: _____

15. Falla orgánica

- a) Cardíaca
- b) Vascular
- c) Renal
- d) Hepático
- e) Cerebral
- f) Respiratorio
- g) Coagulación
- h) Metabólica
- i) Múltiple
- j) Ninguna

16. Manejo específico

- a) Ingreso a la UCI
- b) Cirugía de emergencia
- c) Transfusión

17. Tipo de cirugía

- a) Histerectomía
- b) Laparotomía
- c) Otros: _____

III. ANTECEDENTES: (RIESGO PRECONCEPCIONAL)

18. Las pacientes presentan alguna comorbilidad
- a) Si
 - b) No
 - c) Cuál: (Obesidad, Desnutrición, Alergias, Hematológicos ITS Inmunológicos, Epilepsia, etc.): _____
19. Las pacientes tienen antecedentes de:
- a) Tabaquismo
 - b) Alcoholismo
 - c) Uso de otras drogas

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

20. Número de embarazos: _____
21. Número de partos: _____
22. Número de cesáreas: _____
23. Número de abortos: _____
24. Número de embarazos ectópicos: _____
25. Número de embarazos Molar: _____
26. Productos Nacidos Vivos: _____
27. Productos Nacidos Muertos: _____
28. Periodo intergenésico: _____ años
29. Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores
- a) Si
 - b) No
 - c) Si la respuesta es afirmativa menciona en que embarazo se presentó:

V. EMBARAZO ACTUAL

30. Control prenatal
- a) Si
 - b) No

31. Semana de gestación al inicio del control prenatal

- a) Si
- b) No

32. Número de consultas de control prenatal: _____

33. Momento de la complicación

- a) Anteparto
- b) Intraparto
- c) Postparto

34. Semana de gestación al término del embarazo: _____

35. Menciona como concluyo el embarazo

- a) Aborto/legrado
- b) Parto
- c) Parto instrumentado (fórceps)
- d) Cesárea
- e) Continúa embarazada

36. Estado del recién nacido

- a) Vivo
- b) Muerto
- c) No aplica

37. Peso del recién nacido: _____ gramos

VI. DATOS DE EGRESO.

38. Motivo de egreso hospitalario

- a) Traslado por mejoría
- b) Traslado por complicación
- c) Alta voluntaria
- d) Alta por mejoría
- e) Defunción

39. La paciente egreso con método de planificación

- a) Si
- b) No
- c) Cuál: _____

40. En caso de egreso por traslado.

- a) Unidad de referencia
- b) Institución de referencia

Gracias por tu participación.