

11217.16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

2eq.

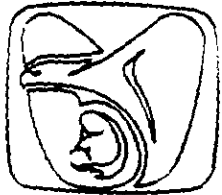
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

ANALISIS DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA
PRESENTA:
DRA. INDRA BELTRAN CASTILLO

ASESOR: DR. GUILLERMO SAENZ ABURTO



IMSS

MEXICO, D. F.

260123

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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


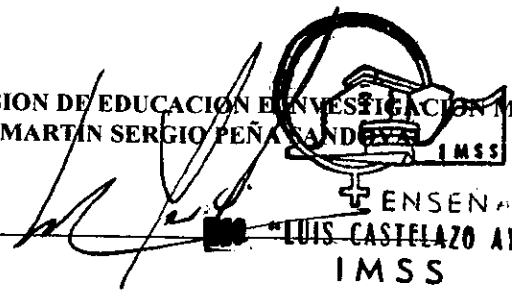
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM. 4  
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**DIRECTOR  
DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL**

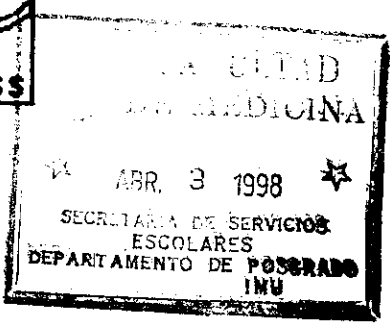
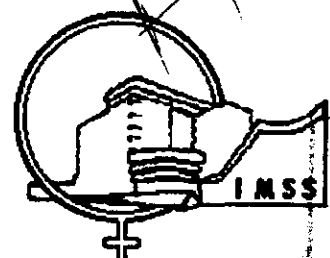
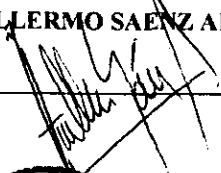


**JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
DR. MARTIN SERGIO PEÑASANDIA**



**ENSEÑANZA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS**

**ASESOR  
DR. GUILLERMO SAENZ ABURTO**



**LA CIUDAD  
DE LA MEDICINA**

**★ ABR. 3 1998 ★**

**SECRETARIA DE SERVICIOS  
ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
IMU**

## INDICE

Agradecimientos	1
Resumen	3
Introducción	4
Material y Métodos	8
Resultados	9
Discusión y Conclusiones	12
Bibliografía	15
Tablas	17

## AGRADECIMIENTOS

A mi papá Felipe Beltrán Jiménez

porque me has demostrado que cada día es un nuevo principio... otra oportunidad y que todo tiene un gran valor si lo hacemos con entusiasmo. Recordando lo bello que es la vida.

A mi mamá Rosario Castillo Andrade

porque cuando más te necesite me abriste tu corazón, cuando sentía desfallecer me ayudaste a resolver los problemas y cuando más confundida estaba me orientaste con tus consejos, cariño y comprensión.

A mis hermanos Sakuntala, Felipe y Raul por la felicidad que me brindaron al quererme a pesar de lo que soy.

A Miguel Angel Serrano Berrones por tu paciencia, respeto y apoyo. Por los triunfos o desastres vividos de los actos cotidianos que a través del amor fueron hermosos.

A Ingrid que es esperanza, ilusión, ensueño y en un futuro : una adolescente.

A Mauricio Serralde Ramos ( t ) y Manuel A. Perez Lanz porque me enseñaron que se puede lograr y hacer mas de lo que creía posible....por los maravillosos detalles y momentos compartidos.

A todos mis Amigos por todas las ocasiones que no estuve a su lado y a pesar de todo  
están conmigo.

A toda mi gran Familia de la cual estoy orgullosa de pertenecer en especial a mis Abuelas  
Julia y Consuelo.

A mis Profesores y Médicos que me enseñaron con dedicación y entusiasmo.

A Dios por la armonía Universal.

Por permitirme llegar a la estrella que de niña cuyo valor desconocía, pero que siempre  
reconoci su altura : ser Gineco Obstetra.

## RESUMEN

**Objetivo :** Establecer características sociomédicas de las adolescentes embarazadas e identificar la forma de terminación del embarazo y la morbimortalidad materno fetal.

**Diseño :** Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, no controlado.

**Material y métodos :** Revisión de expedientes clínicos de mujeres de 10 a 19 años sin enfermedades concomitantes no relacionadas al embarazo. Que acudieron en Hospital de GinecoObstetricia "Luis Castelazo Ayala". Valoraronse diversos parámetros.

**Resultados :** Edad de presentación del embarazo 17.99 años, edad de inicio de vida sexual activa 15.27 años. La mayoría de los casos se encontraban casadas dedicadas al hogar y de nivel escolar medio. Con adecuado control prenatal. El parto eutócico fue la principal forma de terminación del embarazo. La desproporción cefalopélvica fue la causa más frecuente de indicación de cesarea. La preeclampsia severa ocupó el primer lugar de complicación materna y la prematuridad de complicación fetal. Se presentó una muerte materna y once fetales ( ocho prenatales y tres postnatales ).

**Conclusiones :** se debe intensificar las acciones para la prevención del embarazo en adolescentes; con un control prenatal y tratamiento oportuno cuando este ocurra y detección precoz de las complicaciones que se puedan presentar.

## INTRODUCCION

Una tercera parte de la población general en la sociedad Latinoamericana la constituyen los jóvenes, siendo un grupo importante no solo por su aportación numérica, sino sobre todo, por las necesidades y demandas requeridas que en la actualidad no han sido satisfechas. (1)

En la pirámide poblacional Mexicana la proporción de adolescentes es la más importante en cuanto a cantidad. Las presiones que ejercen sobre el resto de la sociedad en aspectos educativos, de fuentes de empleo, necesidades de vivienda, servicios públicos y asistencia médica por mencionar algunos se incrementan día a día. (2)

Según datos del censo general de población de México para 1990, se señala que más de 20 millones de habitantes corresponden a sujetos entre 10 a 19 años de edad, de los cuales la mitad son mujeres.(3) México, en 1990 tenía 4 904 000 mujeres entre 15 a 19 años, de las cuales 511 mil (10.42%) tenían 1 a 8 hijos vivos y de las adolescentes que pertenecían al grupo de 10 a 14 años (3 143 000), 12 mil (0.38%) tenían ya 1 a 3. (4)

El embarazo en mujeres de entre 13 y 18 años de edad conlleva una alta probabilidad de riesgos biológicos, situación considerada como problema de salud pública ya que alcanza la cifra aproximada de medio millón de embarazos anuales en México.(9)

Cada año millones de adolescentes en América Latina quedan embarazadas, a menudo los resultados son trágicos: embarazos no deseados, niños abandonados, educación interrumpida, disgregación social, complicaciones médicas, aborto ilegal, muertes maternas y aún el suicidio.(13)

La etapa de la adolescencia implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que son la base para el desarrollo posterior del ser humano (5,13)



Esta etapa se caracteriza, entre otros aspectos, por la búsqueda constante de experiencias, que en la esfera sexual, no son la excepción (5,6,13). Las actitudes que se adoptan en la sexualidad están condicionadas por los valores socioculturales prevaletentes en el entorno social, donde la escasa y contraria información que se recibe es determinante en el inicio precoz de la actividad sexual (7). El ejercicio de las prácticas sexuales en los adolescentes, sin el uso adecuado de metodología anticonceptiva, propicia la existencia de embarazos que, en la mayoría de los casos, no son planeados ni deseados. (7,13)

Durante el embarazo la adolescente muestra cambios psicológicos importantes que repercuten tanto en la dinámica familiar como en los aspectos relacionados con su atención médica. (2,13,14,15,16,17) Los cambios más aparentes consisten en: labilidad emocional, irritabilidad, reacciones de rechazo hacia el embarazo, aislamiento y rebeldía hacia normas de conducta, frecuentemente relacionadas con un bajo rendimiento escolar; esa amalgama de circunstancias desagradables, lleva en muchos casos a que la adolescente, cuando menos temporalmente, abandone su educación escolar, agravando con ello su situación dentro de la familia, donde se le critica y no son raros los casos de represión, incluso de tipo físico; una actitud de apoyo es rara. (2,13,14,15,16,17)

El embarazo en las adolescentes es un componente importante de salud reproductiva. La incidencia de embarazos a edades tempranas en la población mexicana es alta, tal evento constituye un problema de salud más allá de los riesgos biológicos, tiene implicaciones de carácter social y cultural, con gran desventaja para la menor embarazada y las consecuentes repercusiones para su(s) producto(s). (7,8,18,19,20,21)

El incremento de riesgo en la salud materno infantil, limitantes en el desarrollo personal y social de este grupo, además del impacto económico y demográfico que representa para la

sociedad la formación precoz de familias ; particularmente por lo que se refiere al impacto sobre las tasas de fecundidad y natalidad de nuestro país ( de E. U. A y países en desarrollo). y al aumento de la población dependiente.(7,8,18,19,20,21)

Desde la perspectiva demográfica, se ha señalado que el embarazo de la mujer adolescente esta asociado con una mayor mortalidad tanto materna como infantil, asi como con una mayor probabilidad de repetir embarazos en un intervalo corto. Asimismo, el embarazo precoz esta asociado a condiciones de gran desventaja social. es decir, es mas frecuente en estratos socioeconómicamente pobres, donde predomina el nivel escolar bajo, las ocupaciones no calificadas y de baja remuneración, una alta proporción de madres solteras, en la mayoría de las veces sin apoyo familiar y con escaso acceso a servicios de salud. (7,22,23,24,25,26)

La pobreza es siete veces más frecuente entre las adolescentes que tiene un hijo que entre las que permanecen solteras ; la frecuencia de divorcios o separaciones del compañero es tres veces mayor para las madres adolescentes y se estima que los salarios que recibirán el resto de sus vidas serán considerablemente inferiores (7,24,26).

Las tasas de mortalidad perinatal y fetal en comparación con las que se observan en los países desarrollados donde una gran proporción de casos corresponden a pacientes menores de 20 años, son altas (10,19,20,22). De ocurrir un embarazo no deseado, multitud de adolescentes recurren al aborto clandestino con todos los riesgos que conlleva su practica ilegal (infecciones, esterilidad e incluso la muerte).

Por lo que se refiere al aborto inducido debe destacarse que la adolescente, por ser económicamente dependiente, por carecer de información o por temor a la practica de un recurso clandestino, pocas veces se sujeta a este y es asi que los indicadores hospitalarios y

diversas encuestas demuestran que la mayoría de las adolescentes continúan su gestación, aunque no sea deseada, hasta su terminación, no obstante que en algunos casos el embarazo sea resultado de una violación o de un incesto.(8,28,29,30)

En lo referente a los métodos anticonceptivos hay que señalar que no se dispone de evidencias que sugieran que su conocimiento aumente la promiscuidad sexual por el contrario, algunos especialistas afirman que su conocimiento promueve en los adolescentes una mayor responsabilidad hacia su sexualidad. (13,33,34,35,36,37,38,39)

De los métodos anticonceptivos disponibles, todos tienen diversas ventajas y desventajas. Al parecer el método más usado y relativamente seguro para el tipo de relaciones que los adolescentes usualmente sostienen, no planeadas y esporádicas, es el preservativo ; además protege contra enfermedades de transmisión sexual. (8,13,33,34,35,36,37,38,39,40,41)

Finalmente otro aspecto importante que puede afectar a la adolescente embarazada es el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.(41,42,43)

Por todo lo anterior, el propósito del estudio es : establecer características sociomédicas de las mujeres embarazadas adolescentes, forma de terminación del embarazo, identificación de complicaciones y conocimiento de la morbimortalidad maternofetal.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, retrospectivo, no controlado.

Para el presente estudio retrospectivamente revisamos todos los expedientes de mujeres embarazadas de 10 a 19 años de edad, tanto primigestas (la mayoría) como múltiparas, sin enfermedades concomitantes no relacionadas al embarazo y que la resolución del mismo se efectuó en el Hospital de Gineco-Obstetricia " Luis Castelazo Ayala " del IMSS en la Ciudad de México, durante el periodo comprendido del 1ro de Enero al 31 de Diciembre de 1996.

Excluyéndose los expedientes de adolescentes con enfermedades concomitantes no relacionadas al embarazo ; con resolución de la gestación en otra Unidad Médica o aquellos expedientes en los cuales no se encontraron todos los datos a investigar .

Se revisaron diversos parámetros que comprendían : edad de presentación del embarazo actual (frecuencia), estado civil ,nivel de escolaridad, ocupación, antecedentes ginecoobstétricos , control prenatal, Consultas recibidas, via de resolución del embarazo, características de los productos al nacimiento y por último la morbimortalidad materno- fetal

Se revisaron 1426 expedientes de los cuales fueron excluidos 886 por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando 540 pacientes para el estudio. Las medidas de tendencia central es la metodología estadística aplicable al presente estudio.

## RESULTADOS

Se encontró una población con promedio de edad de  $17.99 \pm 1.28$  años con un rango de edad de 13 a 19 años ; la edad promedio encontrada de inicio de vida sexual activa fué de  $15.27 \pm 1.42$  años y el rango de edad vario de 12 a 19 años.(Gráfica 1 y tabla 1)

El estado civil observado en la población estudiada fue 152 pacientes solteras (28%), 107 en unión libre (20%) y 281 pacientes casadas (52%) Gráfica 2.

El grado de educación se distribuyó de la siguiente forma : con educación primaria 62 pacientes (11%), nivel secundaria 105 pacientes (19%), educación técnica o comercial 226 pacientes (42%), nivel bachillerato 134 pacientes (25%) y otros grados de educación 13 pacientes (2%) Gráfica 3.

Se observaron 303 casos dedicadas al hogar (56%) y 232 con otras ocupaciones (38%) tales como vendedoras, obreras, secretarias, telefonistas, promotoras, etc. así como 35 eran estudiantes (6%) Gráfica 4.

El promedio de gestación en nuestra población fue de  $1.81 \pm 0.46$  gestaciones Gráfica 5.

Acudieron a control prenatal el 83% de la población estudiada (448 pacientes ) con un número promedio de consultas de 5.

La forma de nacimiento se asoció a 12 % de abortos (65 casos ).

El parto eutocico se presento en 282 pacientes (52%) , parto distocico con aplicación de fórceps en 10 casos (2%) y la cesárea en 183 casos (34%) Gráfica 8.

La principal indicación de cesárea fue la desproporción cefalopélvica seguida por preeclampsia severa y oligohidramnios . (tabla 2 )

De los productos obtenidos 255 fueron mujeres y 288 correspondieron a hombres. Gráfica 9

No se observó ninguna malformación congénita en la población estudiada.

El peso promedio fue de  $3,287 + 766$ grs. con una distribución observada en la tabla 3.

El promedio de índice de apgar calificado a 1 nacimiento fue de  $7.05 + 1.49$  , a los 5 minutos de  $8.42 + 3.54$  lo cual en la clasificación de la Dra. Apgar se considera aceptable.

Gráfica 10.

La presencia de complicaciones se encontró en 132 casos ; siendo maternas en 79 casos y fetales en 53 casos. Gráfica 11.

Desafortunadamente se lamentó el fallecimiento de una paciente. Se trató de una adolescente embarazada de 19 años de edad, primigesta con escolaridad secundaria, casada, dedicada al hogar , con control prenatal irregular ( 3 consultas prenatales ) que cursaba un embarazo de 30 - 31 semanas de gestación , la cual ingresó al hospital con diagnóstico de eclampsia y probable evento vascular cerebral hemorrágico. Se realizó cesárea obteniéndose un producto femenino de 1400 gr. con apgar de 4/7 . La paciente presentó una evolución tórpida que finalmente desencadenó el fallecimiento de la misma.

En relación a la morbilidad materna las principales causas las constituyeron los problemas de preeclampsia - eclampsia y procesos infecciosos .

La mortalidad fetal preparto 8 casos (óbitos) y postparto en 3, ( 2 por daño cerebral severo y 1 por septicemia ) (ver tabla 4).

La prematurez y la hemorragia cerebral por hipoxia fueron las principales causas de morbilidad fetal. ( ver tabla 5 )

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El embarazo y la crianza de un hijo durante la adolescencia entraña un riesgo médico mayor, además de desventajas sociales y académicas mas duraderas para la madre e hijo.

De las características sociomédicas de la mujer embarazada adolescente en el presente estudio cabe resaltar :

-La edad de presentación del embarazo fue más frecuente a los 19 años representado por la mitad de la población estudiada ; lo cual contribuye a mejores condiciones económicas y de salud.

-La distribución de inicio de vida sexual en las pacientes estudiadas se presentó con más frecuencia a los 17 años. Cada vez es más frecuente el inicio sexual en forma más temprana debido en gran parte a la poca o nula información acerca de los conocimientos sexuales, así como a la mala orientación que en el ámbito sexual se encargan de propagar los medios de difusión.

-Más de la mitad de las pacientes de nuestro estudio se encontraban casadas y con nivel escolar medio (mayor a secundaria) ; así como el 38% de los casos realizaban alguna actividad laboral remunerada. Los datos obtenidos en este estudio permiten identificar un perfil característico en la población que se ha estudiado, que es muy contrastante con la de otros estudios (7,8,18,19,20,21,22,23,24,25,26) en los cuales se encontró inicio de reproducción a edades mas tempranas, menor nivel de escolaridad y limitada opción laboral.

Más de dos terceras partes acudieron a control prenatal, lo cual siempre va a repercutir en la evolución del embarazo, detección oportuna de infecciones , así como tratamiento precoz.

La mayoría de las pacientes que presentaron complicaciones durante el embarazo en nuestro estudio se observó asistencia prenatal de inicio tardío e irregular.

El peso obtenido en nuestros casos en comparación con las cifras obtenidas en otros estudios ( 22,24,25,26,27) difieren en que el peso de los recién nacidos en su mayoría están dentro de límites normales

Desde el punto de vista médico, el embarazo en la adolescente representa importantes riesgos de salud, con incremento para las menores de 15 años, quienes con mayor frecuencia presentan complicaciones médicas y quirúrgicas por la falta de maduración del sistema reproductivo que tienen también , más frecuente productos prematuros y/o con retraso del crecimiento (22,24,25,26,27)

La indicación principal de la cesárea fue la desproporción cefalopélvica, probablemente porque la pelvis de la adolescente presenta una disminución de sus diámetros . Seguida como causa de indicación de cesárea la preeclampsia severa y el oligohidramnios ; patologías que están relacionadas en la mayoría de las ocasiones con compromiso en el bienestar fetal.

Las otras causas de indicación de cesárea son similares los porcentajes con otros grupos de edad ; no siendo estadísticamente significativos los hallazgos .

El embarazo en la adolescente se ha considerado que lleva consigo mayores riesgos para la futura madre, así como para el futuro de la gestación.

La morbilidad materna se manifiesta con complicaciones como la hipertensión arterial concomitante con el embarazo, parto prematuro, sangrado uterino, etc. (2,11)

En nuestro estudio la preeclampsia severa fue la principal protagonista del aumento de la morbimortalidad materno fetal. La elevada morbimortalidad consecuente a la preeclampsia eclampsia, así como las secuelas que pueden dejar en estas adolescentes para sus siguientes embarazos y vida futura ; nos hace una llamada de atención para tratar de evitar o controlar esta patología.



Cabe mencionar que la preeclampsia en la mayoría de las ocasiones complica además el embarazo con la interrupción prematura del mismo. Además condicionado por su morbilidad un mayor número de días de estancia tanto maternas como fetales.

Las tasas de morbilidad perinatal y fetales en comparación con las que se observan en los países desarrollados donde una gran proporción de casos corresponden a pacientes menores de 20 años son altas (10,19,20,22)

La infección y las lesiones perineales fueron otras causas de complicaciones maternas no siendo estadísticamente significativa.

En cuanto a las complicaciones fetales la más frecuente fue la prematuridad ( con el riesgo que conlleva ) y la hemorragia cerebral por hipoxia, siendo esta última causa de 2 defunciones.

Sin duda una adecuada educación sexual acorde a la situación ; es importante que la actitud de la sociedad cambie en relación a cual, cuando y cuanta información sexual debe recibir el adolescente (8,31,32,33).Es imprescindible, incrementar los servicios de anticoncepción a los adolescentes.

Por lo anterior cabe concluir que se deben intensificar las acciones para la prevención del embarazo en adolescentes ; con un adecuado control prenatal y tratamiento oportuno cuando este ocurra y detección precoz de las complicaciones que se puedan presentar.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-National Research Council. Anticoncepcion y reproduccion. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. Buenos Aires Ed. Medica Panamericana. 1990 :1-25
- 2.-Ortigosa C,Carrasco R. Educacion perinatal en adolescentes. Rev perinat 1994 ;9(4) :2-5
- 3.-XI Censo general de poblacion y vivienda 1990. Mexico, 1992 :12-15
- 4.-Instituto Nacional de Estadistica,Geografía e Informatica. Estados Unidos Mexicanos.XI Censo general de poblacion y vivienda. Resumen general, 1990 :248
- 5.-Suarez E,Roberts E, Korin y cols. Adolescencia y juventud. Aspectos demograficos y epidemiologicos. La salud del adolescente y el joven en las americas. Washington OPS, 1985 :3-19
- 6.-Martinez S,Picazo J, Pineda L. Interaccion materno infantil de madres adolescentes. Psicologia Interamericana 1994 ;2(2) :15-24
- 7.-Tiburcio T,Avila R,Quintos C y cols. Embarazo en la adolescencia. Influencia de algunos atributos sociales. Perinat Reprod Hum 1995 ;9 :37-45
- 8.-Torres R. La anticoncepcion en los adolescentes. Rev Perinat 1994 ;9(4) :6-10
- 9.-SSA. Direccion de Planificacion Familiar. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. Mexico, 1989.
- 10.-SSA Estadísticas Vitales. 1989
- 11.- SSA La Salud de la Mujer en Mexico. Direccion General de Salud Materno-Infantil. Mexico,1990.

- 12.- Piaget J. La Adolescencia . 4a Ed. Seix Barral 1978 :93-7
- 13.-Fuente F, Muñoz R. Salud Reproductiva y Sexualidad en el Adolescente. IMSS. HAGO No.4 LCA 1995 :1-32
- 14.-Fielding J,William C. Uninteded pregnancy among teenagers : Important roles for primary care providers. Ann Internal Med 1991 ;14(7) :599-601
- 15.- Scholl O, Heigger L, Belsky H. Prenatal Care and maternal health during adolescent pregnancy : A Review and meta-analysis. J Adolesc Healt 1994 ; (6) : 444 -56
- 16.- Liu L, Slap G. Pregnancy among american indian adolescent : Reactions and prenatal care. J Adoles Healt 1994 ; 15(4) : 336-41
- 17.-Covington B, Churchill M. Factors afecting number of prenatal care visits during secong pregnancy among adolescent Having rapid repeat births. J Adoles Healt 1994 ; 15 (7) :536-42.

Tabla 1

**Edad de presentación del Embarazo**

Edad (años)	Num.	%	Inicio de vida Sexual Activa	
			Num.	%
19	270	50	102	19
18	127	23.5	110	20
17	62	11	192	36
16	53	10	47	9
15	21	4	67	12
14	5	1	20	4
13	2	0.5	1	0.2
12	0	0	1	0.2

Tabla 2

**Indicación de las Cesareas**

Tipo	Casos	%
DCP	58	32
preeclampsia Severa	24	13
Oligohidramnios	20	11
Hipomotilidad fetal	17	9
RPM de termino	9	5
RPM pretérmino	8	4
presentación pélvica	7	4
eclampsia	7	4
SFA	7	4
preeclampsia leve	5	3
variaciones en FCF	5	3
Macrosomía	3	2
Emb Profongado	2	2
Cesarea Iterativa	2	1
Trab parto estacionario	2	1
período intergenesico corto	2	1
otras	6	3

Tabla 3

Peso de los productos		
gr.	Casos	%
2500 o >	384	70.97
1500 - 2499	84	15.52
< 1500	8	1.47
abortos	65	12.01
Total	540	100

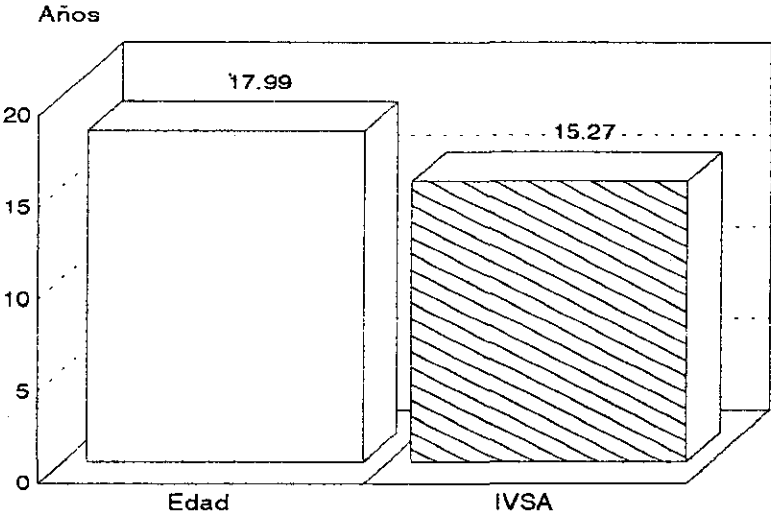
Tabla 4

## Complicaciones

<b>Maternas</b>	<b>Num.</b>	<b>Fetales</b>	<b>Num.</b>
Preeclampsia Severa	29	Prematurez	12
Deciduitis	19	Hemorragia cerebral	11
Eclampsia	8*	Membrana Hialina	5
Preeclampsia leve	7	Desnutrición in Utero	4
Desgarro perineal III	5	SAM	4
Desgarro perineal II	4	Sepsis	3
Hipotonía Uterina	2	RCIU	2
Shock Hipovolemico	2	Hiperbilirrubinemia Severa	1
Laceración Vaginal	1	Obito	8
Shock Septico	1	Muerte perinatal	3

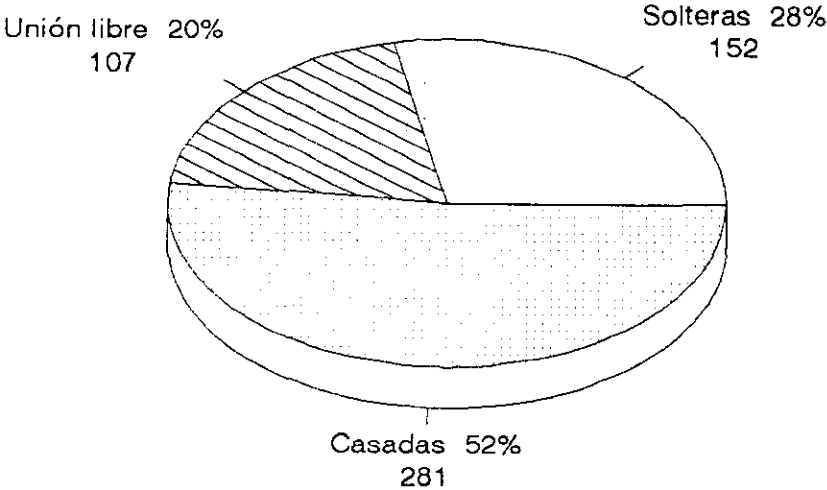
\* Una muerte materna por evento vascular cerebral hemorrágico

Grafica 1. Edad promedio e inicio de la vida sexual

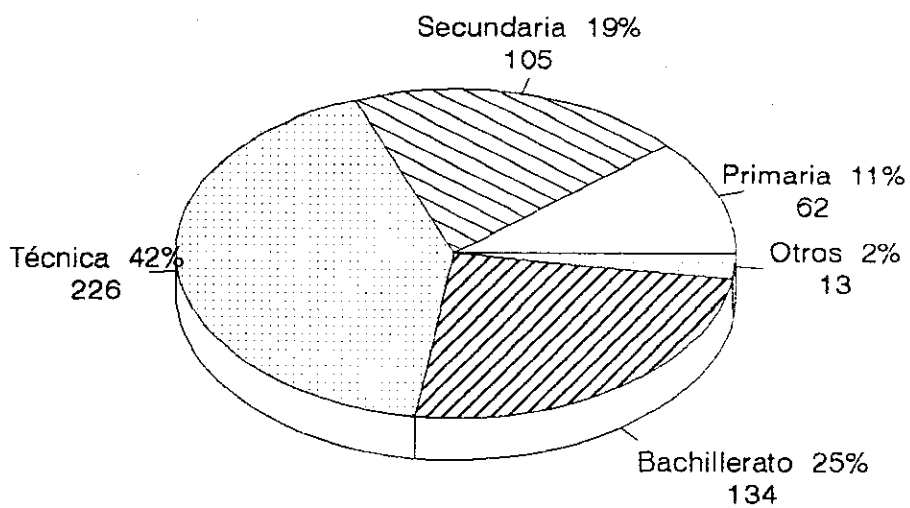




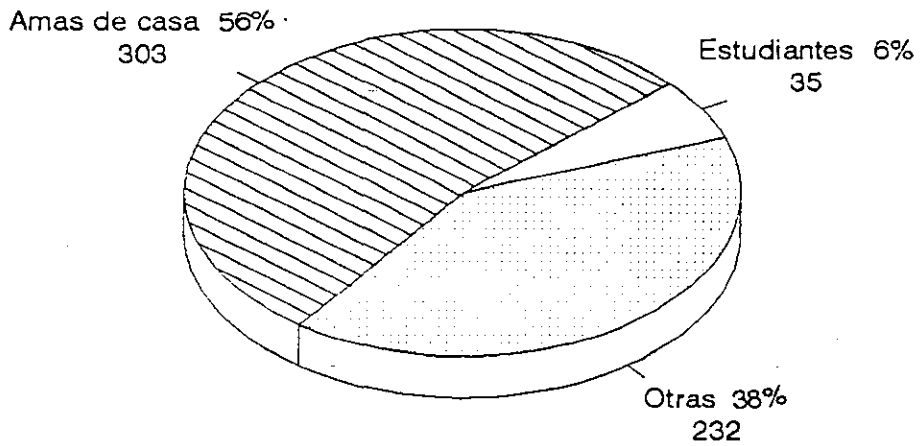
Grafica 2. Estado civil



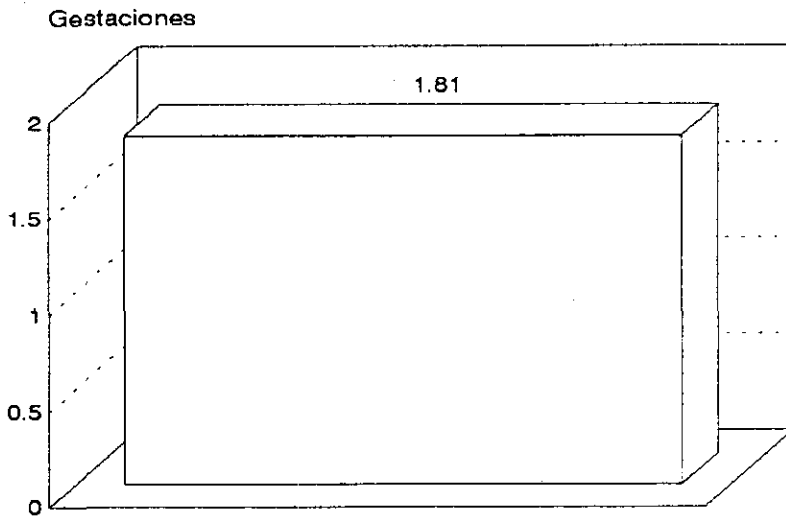
Grafica 3. Grado de Educación



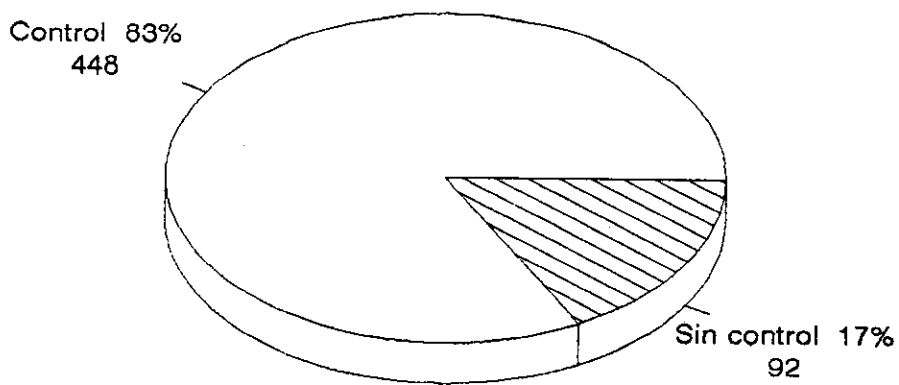
Grafica 4. Ocupación



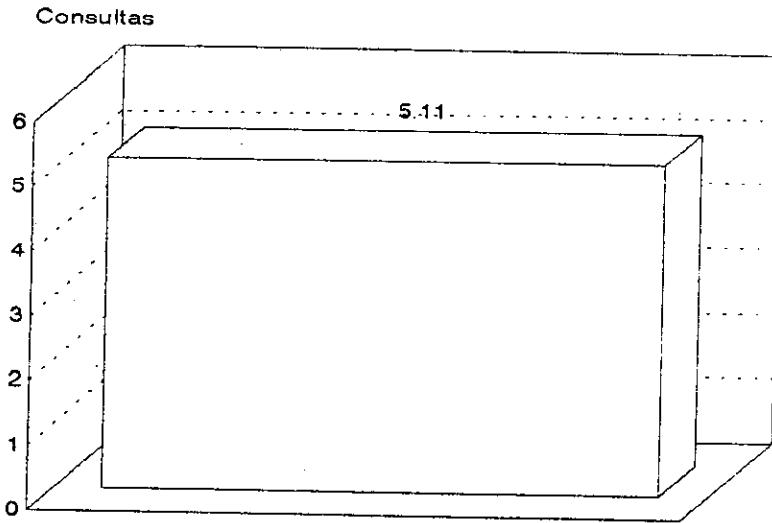
Grafica 5. Promedio de gestaciones



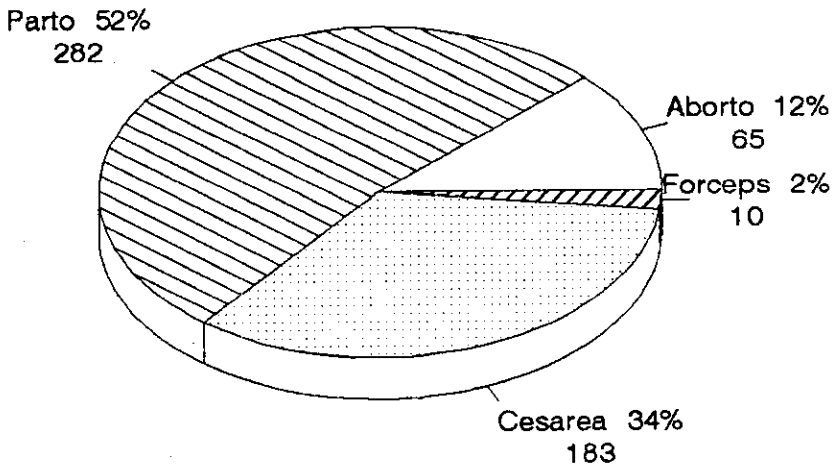
Grafica 6. Pacientes con control Prenatal



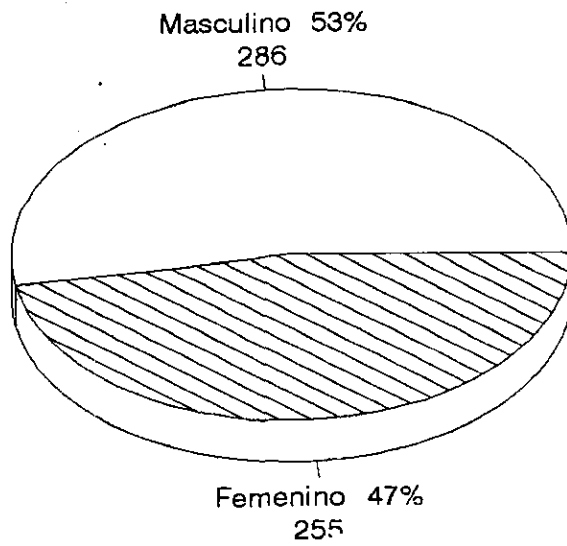
Grafica 7. Promedio de Consultas prenatales



Grafica 8. Via de Interrupción del embarazo



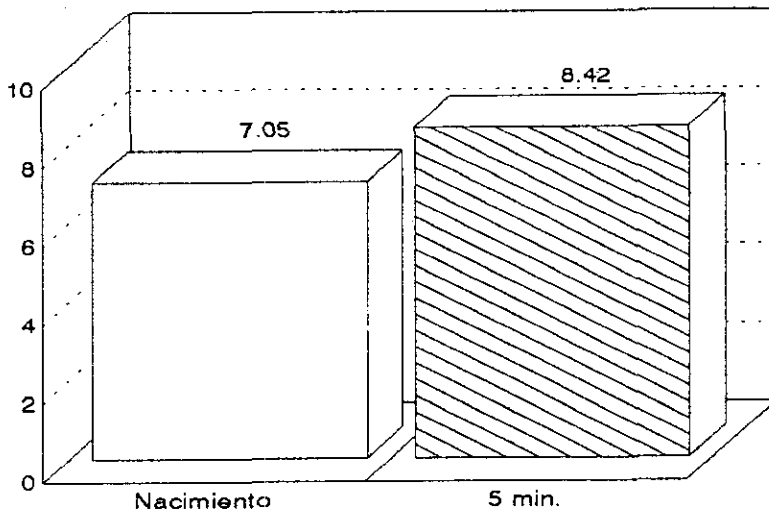
Grafica 9. Sexo de los productos





**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Grafica 10. Promedio de Apgar encontrados en RN



Grafica 11. Complicaciones detectadas

