



**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**

**COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO EN LAS  
ADOLESCENTES.**

**TESIS**

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

Presenta:

**C. VANESSA APONTE GONZÁLEZ**

Asesor:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Noviembre del 2017



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**

**COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO EN LAS  
ADOLESCENTES.**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C. VANESSA APONTE GONZÁLEZ**

**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. Noviembre del 2017

## RESUMEN

Actualmente el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia. La prevalencia del embarazo a temprana edad ha aumentado significativamente en el mundo de los últimos tiempos, siendo en nuestro país de aproximadamente 14.6%. Propósito. Identificar las complicaciones maternas del embarazo más frecuentes e las adolescentes. Método. Descriptivo, transversal, cuantitativo. La muestra fue 60 adolescentes embarazadas que asisten al módulo del adolescente del Centro de Salud “Agustín Batalla” a su control prenatal. Además se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los datos estadísticos de las mujeres adolescentes embarazadas que ingresaron al servicio de Modulo Mater del periodo 1° Enero 2016 al 31 de Marzo del 2017 en el hospital General “Jorge Soberón Acevedo” para conocer la prevalencia de las complicaciones del embarazo más frecuentes que presentan este grupo de población en estudio. Resultados. El 90% de las adolescentes han tenido complicación en su embarazo. Las adolescentes en estudio mencionaron que el 35% ha presentado infecciones urinarias, 17% anemia, 15% han tenido abortos, 14% amenaza de parto prematuro, 13% rotura prematura de membranas y el 6% preeclamsia. La prevalencia de las complicaciones más frecuentes que presentan las gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro., del 1° Enero 2016 al 31 de marzo del 2017, se encontró en primer lugar la amenaza de parto prematuro con un 11.99%, en segundo lugar la rotura prematura de membranas con un 7.23% y en tercer lugar el aborto con un 6.61%. Conclusiones. El embarazo en la adolescente, son considerados de alto riesgo reproductivo por el incremento de complicaciones durante la gestación como son: infecciones urinarias, anemia, abortos, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas preeclampsia. Estas complicaciones son factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en las adolescentes puesto que poseen los más altos índices de complicaciones obstétricas.

Palabras Clave: Complicaciones, embarazo, adolescentes

## SUMMARY

Currently, teenage pregnancy is considered a serious public health problem, because it is the poorest and most vulnerable population of society that is suffering it most frequently. The prevalence of pregnancy at an early age has increased significantly in the world of recent times, being in our country of approximately 14.6%. Purpose. Identify the most frequent maternal complications of pregnancy in adolescents. Method. Descriptive, transversal, quantitative. The sample was 60 pregnant teenagers who attended the adolescent module of the Health Center "Agustín Batalla" to their prenatal control. In addition, a retrospective study of the statistical data of pregnant adolescent women who entered the Modulo Mater service from the period January 1, 2016 to March 31, 2017 at the General Hospital "Jorge Soberón Acevedo" was carried out to determine the prevalence of the most frequent complications of pregnancy that this population group under study presents. Results 90% of adolescents have had complications in their pregnancy. The adolescents in the study mentioned that 35% had urinary infections, 17% anemia, 15% had abortions, 14% threatened premature birth, 13% premature rupture of membranes and 6% preeclampsia. The prevalence of the most frequent complications presented by the adolescent pregnant women who attended the "Jorge Soberón Acevedo" General Hospital in Iguala de la Independencia, Gro., From January 1, 2016 to March 31, 2017, was found in the first place the threat of premature delivery with 11.99%, secondly, premature rupture of membranes with 7.23% and third, abortion with 6.61%. Conclusions Pregnancy in adolescents, are considered high reproductive risk due to the increase in complications during pregnancy such as: urinary infections, anemia, abortions, threatened premature birth, premature rupture of membranes preeclampsia. These complications are risk factors for morbidity and mortality in adolescents since they have the highest rates of obstetric complications.

Key Words: Complications, pregnancy, adolescents

## DEDICATORIAS

A mis padres:

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo le llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que me tuvieron y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagar todos los desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo y por lo cual les viviré eternamente agradecida por lo que soy y por todo el tiempo que les robé pensando en mi....

A mis hermanas y hermanos por su apoyo y comprensión y por todo su amor. Los quiero.

Gracias. Con amor y respeto.

**C. VANESSA APONTE GONZÁLEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

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

Con todo respeto doy gracias a mí Asesor y Sinodales por su paciencia apoyo al Trabajo de Investigación.

Con cariño y respeto a todos nuestros maestros de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del Centro Universitario Iguala, por los conocimientos que nos proporcionaron en nuestra preparación profesional. Siempre los recordaré con admiración y respeto.

**C. VANESSA APONTE GONZÁLEZ**

## ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	8
1.3 Objetivos	10
II. Revisión de la Literatura	11
2.1 Adolescencia	11
2.2 Salud sexual y reproductiva	14
2.3 Embarazo adolescente o embarazo precoz	14
2.4 Causas del embarazo en la adolescente	16
2.5 Consecuencias de un embarazo temprano	16
2.5.1 Factores predisponentes	18
2.6 Factores de riesgo	18
2.7 Complicaciones para la madre adolescente	19
2.8 Problemas de salud vinculados con el embarazo en la adolescencia	19
2.9 Complicaciones maternas	20
2.9.1 Placenta previa	21
2.9.2 Desprendimiento prematuro de la placenta	21
2.9.3 Preeclampsia	21
2.9.4 Eclampsia	25
2.9.5 Síndrome de Hellp	26
2.9.6 Anemia	27
2.9.6.1 Anemia ferropenia en el embarazo	27
2.9.7 Diabetes gestacional	28
2.9.8 Malformaciones congénitas	28
2.9.9 Aborto	29
2.9.10 Hiperémesis gravídica	31



2.9.11 Riesgo de parto prematuro	32
2.9.12 Rotura prematura de membranas	33
2.9.12.1 Causas de la rotura de membranas: papel de la infección intraamniótica subclínica	34
2.9.13 Gestación gemelar	35
2.9.13.1 Gestación gemelar: embriología y clasificación	36
2.9.14 Malformaciones	37
2.9.15 Infecciones de transmisión sexual	37
2.9.15.1 Un grupo de infecciones que puede afectar de forma negativa al feto durante el embarazo se conoce como TORCH, que presenta Toxoplasmosis, Otras infecciones, Rubeola, Citomegalovirus y el Virus del Herpes Simple	37
2.9.15.2 Infecciones por clamidia	38
2.9.15.3 Gonorrea	40
2.9.15.4 Herpes genital	41
2.9.15.5 Sífilis	42
2.9.15.6 Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)	43
2.9.16 Muerte materna	45
2.10 Prevención	46
2.11 Estudios relacionados	48
III. Metodología	51
IV. Resultados y discusión	58
V. Conclusiones y sugerencias	78
VI. Bibliografía	80
Anexo “A” Consentimiento informado	85
Anexo “B” Instrumento de medición	86
Anexo “C” Cuadro No. 22 Prevalencia de las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el período del 1° de enero al 31 de marzo del 2017 atendidas en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo”, Iguala de la Independencia.	90

## ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad	58
4.2	Estado civil	59
4.3	Ocupación	60
4.4	Con quién vive	60
4.5	Escolaridad	61
4.6	Nivel socioeconómico	62
4.7	Menarca	62
4.8	Inicio de vida sexual activa	63
4.9	Problemas familiares que le hicieron buscar pareja	64
4.10	Número de parejas sexuales	65
4.11	Números de embarazos	65
4.12	Conoces algún método de planificación familiar	66
4.13	Tipo de método anticonceptivo que conoce	66
4.14	Aborto	67
4.15	En tu embarazo has tenido alguna complicación	68
4.16	Qué tipo de complicación tuviste durante el embarazo	68
4.17	Conoces algún riesgo que puede presentar durante el embarazo	69
4.18	Conoces los signos de alarma que se pueden presentar en su embarazo	70
4.19	Lleva control prenatal	70
4.20	Enfermedades de transmisión sexual	71
4.21	Tipo de alimentación durante el embarazo	72
4.24	Prevalencia de las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el período del 1° de enero 2016 al 31 de marzo 2017 que se atendieron en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” Iguala de la Independencia	73

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes se ha considerado un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva (Baena et al, 2012). Las estadísticas demuestran que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en uno de los principales problemas de muchos países de Latinoamérica y en nuestro país. La prevalencia del embarazo a temprana edad ha aumentado significativamente en el mundo de los últimos tiempos, siendo en nuestro país de aproximadamente 14.6%. El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema de salud pública ya que trae aparejado elevado riesgo de complicaciones durante el mismo y durante el parto cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a bajo autoestima y a una pareja ausente e inestable. Estas condiciones pueden estar asociadas a su vez con bajo peso al nacer, desnutrición temprana y aumento de la morbimortalidad materna perinatal y neonatal (García et al, 2010).

En la actualidad la población mundial estimadas de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz, y representan lo que se conoce como embarazo en la adolescencia (INEGI, 2010).

Los riesgos que se presentan durante el embarazo en las adolescentes son unos de los principales factores demográficos en el país. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que conlleva para el binomio madre-hijo. Además puede producir complicaciones que afectan a las mujeres embarazadas, dentro de las causas de morbilidad de la gestante se destacan el aborto, las infecciones urinaria (incluida la bacteriuria asintomática), los estados hipertensivos gestacionales, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa

ganancia de peso con la malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro y la ruptura de las membranas ovulares, la anemia esta se deriva de una mala alimentación que afecta tanto a la madre como al hijo, ya que el producto adquiere a través de la madre los nutrientes necesarios para llevar a cabo un buen desarrollo y así no presentar ningún problema al nacer; el parto y el puerperio tampoco se hallan exentos de complicaciones, siendo estos los riesgos más frecuentes dentro del embarazo a temprana edad (De la Gálvez, 2010).

La muerte de una mujer embarazada es por varias razones uno de los hechos sociales más dramáticos. Nadie está preparado cuando sucede; se trata de un deceso en pleno proceso de generación de otra vida; representa una expulsión prematura del ciclo vital; tiene consecuencias en el hogar que ha sido afectado, y porque revela la indefensión de la mujer en lo sanitario y social. Debido a la magnitud del problema y a sus repercusiones sociales, desde 1987 ha merecido reiterada atención de la comunidad internacional para disminuir los índices de morbimortalidad materna. Se sabe que la mayoría de defunciones maternas es consecuencia de emergencias obstétricas no atendidas o deficientemente tratadas y debido a esto hay países que todavía reportan elevadas cifras de mortalidad materna (De la Gálvez, 2010).

Las adolescentes en embarazo son consideradas como un grupo de alto riesgo reproductivo, no solo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino, también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación. Actualmente el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, por causa de su considerable aumento y porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia. El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (Panduro et al, 2012).

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido (Panduro et al, 2012).

### **1.1. Planteamiento del Problema.**

#### Nivel Mundial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo y para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor acceso a la anticoncepción (OMS, 2013).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y parto. En 2010 murieron 287000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo., es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, en comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. Es importante mencionar que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacido (OMS, 2012)

La incidencia del embarazo en la adolescencia varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado; En Estados Unidos anualmente cerca de 1 millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyen un 12.8% del total de embarazos.

Con relación a América Latina, el documento Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (2012), emitido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por 1000, para los países andinos. También se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18% de todos los embarazos en el área andina (UNFPA, 2012).

En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%. Más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza a cerca de un 92%. Además la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%, lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.

En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1000, aunque en 2005 llegó a 90 por 1000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4% en 1995, el 20% en 2000, y 19% en 2010 (UNFPA, 2012).

En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información y estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33.507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88% fue primogénito/a.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es de 74%, y en menores de 15 años es del 9%. La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1000 nacidos vivos (UNFPA, 2012).

En Venezuela, la población adolescente representa el 21% de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21% de las mujeres en edad fértil. El 23.35% de los nacimientos vivos registrados en este país, ocurren en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de embarazo entre este grupo de edades es de 89,40 por 1000 mujeres (UNFPA, 2012).

Para estos países algunos de los factores considerados como determinantes para el embarazo en la adolescencia son: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el matrimonio antes de los 20 años, asociado a la maternidad (que se presenta más en las áreas rurales) y el bajo uso de métodos anticonceptivos. Asimismo, a través de estos factores actúan otros determinantes de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales y las relaciones de subordinación de género y la violencia contra las mujeres (Gamboa, 2013)

## Nivel Nacional.

Panorámica del embarazo en adolescentes en México, de conformidad con los datos de ENSANUT y el INEGI. En la encuesta que se realizó se estima que en 2012, se consideraron como residentes en México 22 millones 804 mil 083 adolescentes. Esta población es equivalente a 20,2% del total de habitantes en el país. De Este total, 50.3% son hombres y 49.7% mujeres. Para llevar a cabo la encuesta se entrevistaron a 21 mil 519 adolescentes y los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Respecto al embarazo en adolescentes específicamente se menciona los siguientes resultados:

- Del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista.
- La tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años de edad fue de 37.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres, superior a la observada en 2005 para la ENSANUT 2006 de 30.0 nacimientos por cada 1000 mujeres. (Gamboa 2013)

En relación con la atención prenatal, se tiene que:

- Del total de adolescentes con antecedentes de embarazo en los últimos cinco años, 97.3% recibió atención durante su último embarazo, que se brindó principalmente por médicos en 91.2% de los casos y en 7.2 por enfermeras; sólo 1% de las adolescentes fueron revisadas por partera tradicional y el resto por otro tipo de personal de salud (promotora auxiliar o asistente de salud).
- La atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres de 12 a 19 años, tuvo un incremento de diez puntos porcentuales en los últimos doce años, aumento que fue más relevante en los últimos seis años al pasar de 64.7% en 2000 a 65.2% en 2006, para alcanzar 74.4% en 2012.



- Como parte de la atención prenatal básica, las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de consumo de ácido fólico durante el embarazo, son primordiales para dar seguimiento a este período. Se muestra que el 43.6% de estas adolescentes les realizaron la prueba de detección de sífilis, a 59.6% la prueba de VIH y 98.1% informó que le prescribieron ácido fólico (Gamboa 2013).

Respecto a las mujeres adolescentes que tuvieron un hijo vivo en los últimos cinco años se arrojaron los siguientes datos:

- El 99.8% de los partos fue atendido por personal de salud: de este porcentaje, 93.6% fue atendido por médico.
- El porcentaje total de nacimientos por cesárea programada fue de 37% (9.9% programadas y 27.1% por urgencia). DE acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007 esta cifra rebasa el límite máximo recomendado de 20%.

Los resultados muestran que ha habido un incremento en los nacimientos en mujeres adolescentes de 2005 a 2011 de 30.0 a 37.0 respectivamente por cada mil mujeres, datos que indican que la promoción de la salud y educación sexual entre los adolescentes es de gran relevancia. Es importante mencionar que la tasa de fecundidad más alto lo tiene el Estado de Durango con un 79.56% y Guerrero tiene el 69.18%. Ante tal situación se ha señalado que “los embarazos en adolescentes se ha convertido en un problemas de salud pública” en nuestro país (Gamboa 2013).

Nivel Estatal.

En la etapa del adolescente se requiere propiciar mayor atención, toda vez que se están presentando en nuestro estado, tasas cada vez mayores de embarazos no deseados que presentan un alto riesgo en la presentación de la mortalidad materna infantil. De acuerdo a las estadísticas de la Secretaria de Salud de la entidad, Guerrero tiene la tasa de fecundidad más alta del país (2.2 y 2.0 hijos

respectivamente), y es también a nivel nacional, la entidad con más alto número de casos de embarazos en adolescentes, siendo éstas en quienes hay mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual y abortos, lo cual se convierte en tema prioritario de atención.

La mortalidad materna en el estado registró 50 defunciones en el 2010, con una razón de 80.62 por 100,000 nacidos vivos estimados (NVE), ocupando el 2° lugar a nivel nacional (Plan Estatal de Desarrollo 2011-2015).

Por lo anterior expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación  
¿Identificar las complicaciones más frecuentes que presentan las adolescentes durante el embarazo?

## **1.2 Justificación.**

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Así mismo identificar oportunamente en el control prenatal los diferentes factores de riesgo, para de esta manera direccionar y orientar a la madre, con la finalidad de prevenir complicaciones en la madre e hijo por nacer. También informar a la madre adolescente los signos y síntomas de alarma a la gestación, con el objeto de intervenir oportunamente las posibles complicaciones del embarazo.

El embarazo adolescente aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos, es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. Además porque, como ya se expresó están más expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad.

El embarazo en las adolescentes es un evento inesperado, sorpresivo. Generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo y de la mortalidad materna.

Este estudio de investigación tiene la finalidad de identificar las complicaciones más frecuentes que presentan las mujeres embarazadas en la etapa de la adolescencia, ya que hoy en día es un problema grave de Salud Pública y es necesario implementar acciones para reducir la incidencia de las complicaciones durante el embarazo en este grupo de edad por los riesgos que enfrentan.

Es importante mencionar que el incremento del embarazo y parto en edades tempranas es un problema a nivel mundial, reconocer el peligro y las consecuencias que repercuten en la esfera psicológica, psíquica, económica y la social de las mujeres embarazadas. Son evidentes los riesgos y las complicaciones del embarazo, como la prematuridad, anemia, urosepsis, enfermedad hipertensiva gestacional, diabetes gestacional que aumentan la morbilidad y mortalidad perinatal.

Es de vital importancia que el personal de enfermería que atienden a estas mujeres adolescentes contribuyan en la disminución del número de embarazos a temprana edad y por ende evitar complicaciones de salud física de las futuras madres y conozca las particularidades de este grupo de edad y que existen variables físicas normales del desarrollo tanto biológico, psicológico y social para dar una atención de calidad a este grupo de población.

Fortalecer el auto cuidado en la adolescente embarazada, con el fin de que lleve a cabo los cuidados necesarios para preservar su bienestar, y al mismo tiempo lograr que curse su embarazo sin complicaciones. Hacer promoción y prevención

evitando que se aumente el número de adolescentes embarazadas y de esta manera no se vea comprometida la vida del binomio madre e hijo.

### **1.3 Objetivos**

1.3.1 Objetivo General.

1.3.1.1 Identificar las complicaciones maternas del embarazo más frecuentes e las adolescentes.

1.3.2 Objetivo específico.

1.3.2.1 Conocer la tipología más frecuente de las complicaciones que presentan las adolescentes durante su embarazo.

1.3.2.2 Identificar los factores de riesgo de las complicaciones que presentan las gestantes adolescentes.

1.3.2.3 Identificar los factores sociodemográficos implicados en el embarazo en adolescentes

1.3.2.4 Conocer la prevalencia de las complicaciones que se presenta en el Hospital General Jorge Soberón Acevedo del 1° de Enero del 2016 al 31 de Marzo del 2017.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dentro de los problemas más relevantes que se presentan en la adolescencia, se menciona el embarazo, considerado actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial (Noguera y Alvarado 2012). Las estadísticas demuestran que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en uno de los principales problemas en nuestro país

El crecimiento de un individuo, a partir de la niñez, es están rápido y desconcertante que atraviesa las diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija. Pueden distinguirse dos periodos importantes; la pubertad y la adolescencia. E primer periodo hace referencia al aspecto fisiológico caracterizado por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. El segundo periodo se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad y se manifiesta en las niñas con la aparición de la primera menstruación (menarquia) y en los niños por las primeras eyaculaciones (Mora y Hernández, 2015)

### 2.1 Adolescencia.

**Adolescencia:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia a la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana y adolescencia tardía 15 a 19 años, es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia

no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (OMS, 2012).

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptados socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales familiares y ambientales en el que se desenvuelve el adolescente (OMS, 2012).

**Adolescencia:** En la Encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta. Por tanto, se considera que las decisiones que en esta etapa se tomen serán decisivas para el futuro del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adolescentes a los jóvenes de 10 a 19 años. Por su parte la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes considera como adolescentes a las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos

De acuerdo con Issler a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años).

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder

interés por los padres e inicia amistadas básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

## 2. Adolescencia media (14 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

## 3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

En esta etapa del ciclo vital individual, la mayoría inicia su vida sexual. El 50% de las adolescentes entre los 15 a 19 años tienen vida sexual activa y aproximadamente el 25% queda embarazada, de estos casos aproximadamente 60% ocurre en los primeros seis meses desde el inicio de la actividad sexual y hay una alta incidencia en las complicaciones clínicas maternas en las adolescentes.

## **2.2 Salud sexual y reproductiva.**

**La Salud Sexual y Reproductiva:** es el estado de completo bienestar físico mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad (ENSANUT 2012)

**La Salud Reproductiva:** se refiere al bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. El desarrollo sexual sano lleva a mejores decisiones que tienen resultados positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, periodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de métodos anticonceptivos, lo que implica en la disminución en la incidencia de embarazos no deseados. Es importante mencionar que una actividad sexual precoz se tendrá la probabilidad de conocer un mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a infecciones de transmisión sexual (Rodríguez, 2010).

## **2.3 Embarazo adolescente o embarazo precoz.**

**El embarazo adolescente o embarazo precoz:** es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre adolescencia inicial o pubertad-comienzo en la edad fértil- y el final de la adolescencia (Día del embarazo no planificado en adolescentes, 2012)

**El embarazo en la adolescencia:** es el que ocurre dentro de los dos primeros años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (issler, 2001).



**Embarazo adolescente:** es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia (OMS, 2012).

**Embarazo adolescente:** es aquella condición de gestación que ocurre durante en la edad de la adolescencia que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independientemente de la edad ginecológico.

**Embarazo en la adolescencia:** es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no solo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos), sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones (Rodríguez, 2010)

**Embarazo:** La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual lo que permite estimar la fecha probable del parto

## **2.4 Causas del embarazo en la adolescencia.**

Entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

- ✚ El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- ✚ La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos.
- ✚ La presión de los compañeros que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- ✚ El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- ✚ Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- ✚ La falta de una buena educación sexual (Día Mundial del Embarazo no Planificado en Adolescentes, 2012).

## **2.5 Consecuencias de un embarazo temprano.**

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos:

### **1. Desde el punto de vista médico:**

- ✚ La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.

- ✚ Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

## 2. Desde el punto de vista psicológico.

- ✚ La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.
- ✚ La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo. (Día Mundial del Embarazo no Planificado en Adolescentes, 2012).

## 3. Desde el punto de vista social.

- ✚ Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización.
- ✚ Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo.
- ✚ Su desarrollo social y cultural.
- ✚ La formación de una familia y su estabilidad (Gamboa, 2013).

La maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su

familia con un riesgo latente para el niño. En ocasiones aparece como un hecho no deseado que desestabiliza a la adolescente, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar. Este problema complejo acapara cada vez más el interés de padres, educadores, asistentes sociales y todo el equipo de salud que actúa en los hospitales y centros asistenciales.

#### 2.5.1 Factores predisponentes.

- ✚ Aparición temprana de la menarca (primera menstruación)
- ✚ Desintegración familiar
- ✚ Relaciones sexuales precoces
- ✚ Libertad sexual
- ✚ Búsqueda de una relación
- ✚ Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes con problemas mentales (Gamboa, 2013).

#### 2.6. Factores de riesgo.

El Estilo de vida: las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.

Enfermedades de Trasmisión Sexual: la promiscuidad y la falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente (Gamboa, 2013).

## **2.7 Complicaciones para la madre adolescente.**

El Control Prenatal tardío: Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé, Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años.

- ✚ Bebés de bajo peso al nacer: Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.
- ✚ Parto por cesárea: La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.
- ✚ Mortalidad infantil perinatal: El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.
- ✚ Abortos provocados: existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente (Gamboa, 2013).

## **2.8 Problemas de salud vinculados con el embarazo en la adolescencia.**

La organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad de mujeres de 15 a 19 años de edad en los países de desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto

premature, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad materna, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años; 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son hijos de madres adolescentes (Mora y Hernández 2015).

La mortalidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos: en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado (Mora y Hernández 2015).

El embarazo en la adolescencia se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgos.

## **2.9 Complicaciones maternas.**

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas y morbilidad son:

### **2.9.1 Placenta previa.**

La placenta previa es el desarrollo de la placenta en el segmento uterino inferior, con cobertura parcial o completa del orificio interno del cuello uterino. Dentro de las manifestaciones clínicas tenemos: hemorragia vaginal indolora que suele presentarse cerca de fines del segundo trimestre o más adelante, la hemorragia puede no presentarse sino hasta que se produce la dilatación cervical y se afloja la placenta del útero. Con una placenta previa total, la hemorragia se produce más temprano en el embarazo y es más profusa (Morgan et al, 2010).

### **2.9.2 Desprendimiento prematuro de la placenta.**

El desprendimiento prematuro de la placenta es la separación prematura de una placenta de implantación normal por causas desconocidas. Hay dos tipos de desprendimiento prematuro de la placenta; la hemorragia oculta y la hemorragia externa. Con una hemorragia oculta, la placenta se separa por su parte central y se acumula una gran cantidad de sangre por debajo de ella. Cuando hay hemorragia externa, la separación se produce a lo largo del borde placentario y la sangre fluye por debajo de la membrana y a través del cuello uterino. Frecuentemente la etiología se desconoce, sin embargo, las mujeres en riesgo de desarrollarla son mujeres con historia de hipertensión o que tuvieron una descompresión rápida de la cavidad uterina, cordón umbilical corto o presencia de anomalía o tumor en el útero (Morgan et al, 2010).

### **2.9.3 Preeclampsia.**

La preeclampsia (PE) afecta a cerca del 2 a 3% de embarazos y es contribuyente mayor a la mortalidad materna con un estimado de 100,000 muertes anuales alrededor del mundo. Es también la primera causa de admisión materna a unidades de cuidados intensivos y está asociada con un riesgo aumentado de mortalidad perinatal, siendo responsable del 10% de los mortinatos y del 15% de

los nacimientos pretérmino. En años recientes ha llegado a ser aceptado que la preeclampsia de comienzo temprano y la preeclampsia de comienzo tardío están asociados con hallazgos bioquímicos, histológicos y clínicos diferentes; la forma de comienzo temprano está casi invariablemente asociada con insuficiencia placentaria y restricción de crecimiento y la forma de comienzo placentario está mínimamente presente (Figueras y Ramírez, 2015).

La preeclampsia-eclampsia es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal en Estados Unidos y en el resto del mundo. La incidencia se estima en 3 a 10% de mujeres embarazadas, lo que representa 15% de las causas de mortalidad materna y de 20 a 25% de las causas de mortalidad perinatal. En nuestro país, en el año 2004, se reportaron 1,239 casos (18 de ellos en Sinaloa) que representaron la primera causa de muerte materna reportada con 16 defunciones que corresponden a 29.5% del total de defunciones (Morgan et al, 2010).

La presencia de hipertensión en el embarazo a menudo genera confusiones en su diagnóstico debido a múltiples terminología y criterios pocos claros. Diversas líneas de evidencia indican que el pronóstico de la preeclampsia depende claramente de la edad gestacional. La preeclampsia precoz (antes de las 32-34 semanas) suele acompañarse de criterios de gravedad maternos, retraso de crecimiento, Doppler placentofetal patológico y alteraciones morfométricas placentarias, Por otra parte, la preeclampsia tardía tan sólo se acompaña de criterios de gravedad maternos y/o retraso de crecimiento en un 15-30% de los casos, y por lo tanto presenta mejor pronóstico (Crispi, 2015))

Tipos de hipertensión en el embarazo.

- Hipertensión crónica: HTA que está presente antes del embarazo o que se diagnóstica antes de la semana 20 de gestación.
- Hipertensión inducida por la gestación: HTA que aparece después de las 20 semanas de gestación. Se subdivide en:



- a) Hipertensión gestacional: proteinuria negativa.
- b) Preeclampsia: proteinuria positiva
- ✚ Preeclampsia sobreañadida: empeoramiento brusco de la HTA y/o aparición o empeoramiento de proteinuria y/o aparición de signos o síntomas de afectación multiorgánica en una paciente con HTA crónica y/o proteinuria previa (Crispi, 2015).

Tipos de preeclampsia:

- ✚ Preeclampsia leve: presencia de HTA y proteinuria sin ningún criterio de gravedad.
- ✚ Preeclampsia grave: la aparición de uno o más de los siguientes criterios establece el diagnóstico de preeclampsia grave:
  - HTA severa: TAS  $\geq$  160mmHg y/o TAD  $\geq$  110 mmHg en dos ocasiones separadas por 6 horas con la paciente en reposo. O cifras de TAS > 180 t/o TAD > 120 en dos ocasiones separadas por 30 minutos.
  - Pródromos de eclampsia persistente: hiperreflexia con clonus y/o cefalea intensa y/o alteraciones visuales y/o estupor Y/o epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho y/o náuseas y/o vómitos.
  - Proteinuria  $\geq$  2 g/orina de 24 horas
  - Oliguria:  $\leq$  500 ml en 24 horas o < 100 ml/3 h y/o insuficiencia renal (creatinina sérica > 1.2 mg/dl y/o urea > 40 mg/dl)
  - Edema de pulmón o cianosis
  - Elevación de enzimas hepáticas (GOT y/o GPT > 62 UI/L
  - Trombocitopenia (<100.000 mm<sup>3</sup>)
  - Hemólisis (LDH > 600 UI/L + presencia de esquistocitos y/o Hp < 0,3 g/L).
  - Presencia de crecimiento intrauterino restringido
- ✚ Síndrome de HELLP: variante de la preeclampsia grave que se diagnostica si aparece hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. El síndrome se considera incompleto cuando falte alguno de los tres criterios.

- ✚ Eclampsia: aparición de convulsiones tipo gran mal o coma no atribuibles a otras causas. (Crispi, 2015),

Manejo antenatal.

El único tratamiento realmente eficaz de la preeclampsia es la finalización de la gestación. Sin embargo, con el objetivo de prevenir la prematuridad del feto, frecuentemente se decidirá mantener el embarazo. En este caso será necesario realizar un control estricto materno fetal, e ir valorando el riesgo de mantener la gestación frente al riesgo de prematuridad del recién nacido para decidir la conducta a seguir. La vía de parto preferible es la vaginal y la anestesia regional es la técnica de elección siempre que no existan contraindicaciones. (Crispi, 2015).

A la luz de los conocimientos actuales el mecanismo fisiopatológico de la preclamsia pude resumirse de forma esquemática en 5 puntos:

- Desarrollo anormal de la placenta (factor placentario).
- Factores inmunológicos.
- Factores genéticos.
- Disfunción endotelial sistémica.
- Inflamación/ infección.

La capacidad de predecir la preclamsia es actualmente limitada debido a que ni el desarrollo de la enfermedad ni su progresión se pueden prevenir en la mayoría de las pacientes, y no existe cura, excepto la finalización del embarazo. No obstante, diversos estudios han observado que las siguientes características incrementan la probabilidad de que una mujer padezca pre eclampsia:

- Primer embarazo
- Embarazos en adolescentes
- Embarazos tardíos en mujeres de más de 35 años
- Ser de raza negra
- Albergar un embarazo múltiple

- Tener antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedad renal (Morgan et al, 2010).

#### **2.9.4 Eclampsia.**

Es un trastorno multisistémico que se asocia generalmente con presión arterial alta y proteinuria, pero cuando es severa, la mujer puede presentar compromiso hepático, renal, cerebral y del sistema de coagulación. A menudo la placenta también está comprometida, lo que aumenta el riesgo de afectar el crecimiento y terminar en un parto prematuro. Es una complicación relativamente común durante el embarazo y puede ocurrir en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo o en las primeras semanas después del parto (Hacker, 2011).

Se trata de un cuadro convulsivo en el curso de la preeclampsia. Su origen parece deberse a una vasoconstricción severa a nivel cerebral y su manifestación es difícilmente distinguible de un ataque de gran mal. La causa exacta de las convulsiones en mujeres con preeclampsia no se conoce. Se han postulado diferentes teorías. El exceso de regulación cerebral en respuesta a la hipertensión arterial provoca el vaso espasmo de las arterias cerebrales, con la consiguiente hipoperfusión cerebral, isquemia localizada/infarto y edema citotóxico (intracelular). La pérdida de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral en respuesta a la alta presión sistémica (es decir, la encefalopatía hipertensiva) se traduce en hiperperfusión, daño endotelial y edema vasogénico (extracelular) (Hernández y Bellart, 2015).

La frecuencia de la eclampsia ha disminuido progresivamente con los años. En relación directa con la mejora de los cuidados pre y postnatales, siendo un buen marcador de calidad asistencial. Su incidencia es de alrededor de 1/2.000-3.500 embarazos. Ocurre en el 2-3% de las preeclampsias graves y en aproximadamente el 0,6% de las preeclampsias leves. Su forma de presentación será en la mayoría

de los casos anteparto (38-53%) y hasta un 12% de los casos su aparición será más allá de 48 horas posparto. Su mortalidad se ha estimado alrededor del 1.8% (Hernández y Bellart, 2015).

#### Prevención de la eclampsia.

Los factores identificados, o por lo menos parcialmente responsables de la falta de prevención de la eclampsia, son: errores médicos (36%), falta de atención prenatal (19%), aparición súbita (18%), niveles infraterapéuticos de magnesio (13%), el inicio del puerperio tardío (12%) y el inicio temprano antes de las 21 semanas (3%). Por lo tanto, muchos casos de eclampsia no parecen ser prevenibles, incluso entre las mujeres que reciben cuidado prenatal regular, o las que están ingresadas. El riesgo de recurrencia de preeclampsia en gestaciones posteriores es del 2% (Hernández y Bellart, 2015).

#### **2.9.5 Síndrome de HELLP.**

Constituye una etapa progresiva de la preeclampsia y las formas de presentación dependen de la extensión del daño endotelial y el depósito de fibrina. El síndrome HELLP se caracteriza por la presencia de hemólisis (H), elevación de las enzimas hepáticas (EL) y recuento de plaquetas bajo (LP). La incidencia del síndrome HELLP, es del 0.5-0.9% y constituye una complicación de preeclampsia grave en un 4-12% de los casos. En nuestra población, es del 11.9% de las pacientes con preeclampsia, lo que representa un 0.23% del total de partos (Hernández y Bellart, 2015).

Su forma de presentación más frecuente es antes del parto, hasta el 70% de los casos. En el 6% ocurre durante el parto y en el 24% en el posparto. Suele ser más frecuente en gestantes multíparas y la hipertensión y la proteinuria pueden estar ausentes o estar sólo ligeramente alteradas. Sobre su etiopatogenia, se puede decir que es una presentación multisistémica de una PE grave. Al igual que la

preeclampsia, la etiopatogenia y la fisiopatología de este síndrome no está aclarada (Hernández y Bellart, 2015)

### **2.9.6 Anemia.**

Durante el embarazo hay incremento en la cantidad de plasma circulante y de eritrocitos en la cantidad de plasma circulante y de eritrocitos, pero el aumento de plasma es mayor que el de eritrocitos. Como resultado ocurre hemodilución y descenso en la hemoglobina.

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados. Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas. Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente. Estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductual (Iglesias et al., 2010).

#### **2.9.6.1 Anemia ferropenia en el embarazo.**

La anemia por deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional de mayor prevalencia durante el embarazo. En Cuba, un estudio realizado detectó que esta deficiencia nutricional alcanza aproximadamente al 40 % de las embarazadas en el 3er. trimestre de la gestación, y en dicha investigación se observó que el 70 % de los casos desarrollaron la forma leve, y cerca del 4 % la grave.

De acuerdo con los reportes de la OMS, el 30 % de todas las mujeres embarazadas sufren de deficiencia de hierro. Esta cifra aumenta en algunas regiones del mundo hasta el 50 y el 60 % según los reportes del banco de datos de la OMS-UNICEF. Esta anemia durante el embarazo se asocia con el incremento de la morbilidad y de la mortalidad fetal, perinatal y materna (Hacker, 2011).

### **2.9.7 Diabetes Gestacional.**

La diabetes sacarina es un trastorno endocrino en el cual el organismo es incapaz de producir suficiente insulina para cubrir las necesidades del metabolismo de la glucosa. Esta insuficiencia para cubrir las necesidades de glucosa del cuerpo produce como resultado catabolismo de proteínas y grasa. El embarazo es un estado diabetógeno y requiere un incremento en la glucosa por parte del cuerpo. Normalmente, durante el embarazo el cuerpo tiene la capacidad de adaptarse a estos cambios metabólicos, sin embargo, en una mujer que no tiene diabetes, pueden presentarse síntomas de diabetes durante la gravidez como resultado de los cambios metabólicos. Los factores predisponentes son: antecedentes de diabetes, obesidad, anomalías congénitas, hipertensión y edad materna superior a 35 años (Hacker, 2011).

### **2.9.8 Malformaciones congénitas.**

Las anomalías congénitas son un grupo de alteraciones del desarrollo fetal, determinadas por diversas causas que actúan antes, durante o después de la concepción. Los agentes causales de los defectos congénitos pueden ser genéticos, ambientales o por interacción de ambos. Tales anomalías afectan aproximadamente el 3% de los recién nacidos al momento del parto: dicho estimativo no incluye aquellos casos en los cuales ha ocurrido muerte fetal temprana y reabsorción, por lo cual se subestima la verdadera incidencia del problema. En América Latina las anomalías congénitas ocupan entre el segundo y quinto lugar

como causa de muerte en menores de un año, y contribuyen de manera significativa a la morbilidad y mortalidad infantil (Edmonds, 2011).

Desde la introducción de la ecografía por el escocés Sir Lan Donald, en 1950, para su uso en obstetricia, se ha convertido en una herramienta imprescindible en la evaluación de la anatomía fetal en todas las etapas de la gestación. En la práctica moderna, cerca del 85% de las malformaciones pueden reconocerse antes del parto, en relación directa con el entrenamiento del examinador, la resolución del equipo y el tipo de defecto. Esta tasa de detección continúa en aumento en la medida que se perfeccionan otras técnicas de imagenología y aparecen nuevas tecnologías diagnósticas (Edmonds, 2011).

### **2.9.9 Abortos.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el aborto como “la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20-22 semanas.

*Abortos espontáneos:* Los que se producen sin intervención de circunstancias que interfieren artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos. Este a su vez se divide en:

a) *Amenaza de aborto:* Se presume amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia durante la primera mitad del embarazo, se presenta en un 30% (Nassif, 2012)

b) *Aborto inevitable:* El dolor y la hemorragia con dilatación cervical indican un aborto inminente y la expulsión del contenido uterino es inevitable, en estos casos se observan dos o más de las siguientes alteraciones: borramiento moderado del cuello uterino, dilatación cervical mayor de 3

cm, ruptura de las membranas, hemorragia durante más de 7 días, persistencia de cólicos, expulsión parcial de productos de la concepción.

- c) *Aborto incompleto*: Los restos ovulares no han podido ser expulsados de la cavidad uterina, por lo que aún permanece parcialmente ocupada, el útero entonces está blanduzco, grande y no se retrae totalmente, el cuello permanece dilatado y la hemorragia es profusa y persistente.
- d) *Aborto Completo*: En este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero (Nassif, 2012).
- e) *Aborto habitual*: Recibe este nombre la situación en que la mujer aborta tres veces en sucesión, sin causa conocida. Cabe suponer que se trate de rechazo inmunológico. Se emplean medidas ultraconservadoras para salvar el producto del embarazo, como descanso en cama, administración de progesterona para impedir el desprendimiento del endometrio, administración de extracto tiroideo y psicoterapia. (Guana et al, 2010)

*Abortos provocados*: aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas y tardío a las 12 semanas o más. Este se puede dividir en dos subgrupos:

- *Aborto Eugénico*: Es el que se hace con el fin de evitar la transmisión de alteraciones genéticas. No es recomendable, ese tipo de aborto, sino más bien la esterilización de uno de los cónyuges. Eugenesia proviene de dos vocablos griegos: eu que significa bueno y genesia derivado de genes, por lo tanto es engendrar bien (Guana et al, 2010)

Las indicaciones para este tipo de aborto son las infecciones por el virus de la rubeola, responsable de malformaciones congénitas cerebrales:



microcefalia, retardo mental, ceguera y sordera en el 50% de los casos cuando ocurre en el primer mes del embarazo; 22% en el segundo mes y 6% en el tercer mes; infecciones por virus de la Varicela y el Citomegalovirus. Errores innatos del metabolismo: Enfermedad de Tay Sachs, Ictiosis del Arlequín, hidrocefalia extrema, malformaciones mortales como: hidroencefalia, Anencefalia, Mielo meningocele, Agenesia renal bilateral, Síndrome de regresión caudal y otras anomalías como: trisomías 21, 13, 15, 18, 11; síndrome del llanto del gato. Acciones de riesgo como el alcoholismo crónico severo en la madre, uso de tetraciclinas, warfarinas y radiaciones de más de 10.000 rads (Edmonds 2011)

- *Aborto Terapéutico*: Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico lo realice.
- *Aborto Inducido*: Se definió por el comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como “la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente” (Edmonds, 2011).

#### **2.9.10 Hiperémesis gravídica.**

Es la náusea y vómito exagerado durante el embarazo, que persiste después del primer trimestre. El vómito persistente puede producir como resultado desequilibrio de líquidos y electrolitos, deshidratación, ictericia, elevación de la transaminasa del suero y retención de sulfobromoftaleína. El tratamiento en a base

de controlar la deshidratación vómito, pérdida de peso y náuseas con el empleo de medicamentos y terapéutica intravenosa.

### **2.9.11 Riesgo de parto prematuro.**

La prematuridad se considera la principal causa de morbimortalidad neonatal y se define como el parto que tiene lugar antes de la semana 37 de gestación. A pesar de la administración de tocolíticos, la prevalencia se ha mantenido invariable, o incluso ha ido en aumento, en los últimos años y representa aproximadamente un 7-9% de los partos.

En función de la edad gestacional en la que tiene lugar el parto pretérmino definimos:

1. Prematuridad extrema: parto antes de las 20.0 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérmino.
2. Prematuridad severa: entre 32.0 y 33.6 semanas (20% de los partos pretérmino).
3. Prematuridad moderada: entre 32.0 y 33.6 semanas (20% de los partos pretérmino).
4. Prematuridad leve: entre las 34.0-36.6 semanas. Representa 60% de los partos pretérmino.

La introducción de mejoras prenatales como el uso de corticoides y de antibióticos en las roturas prematuras de membranas y mejoras postnatales como la introducción de surfactante, de terapia ventilatorias más efectivas y de nutrición neonatal, han mejorado la supervisión y han disminuido la morbilidad de los neonatos (Palacio et al, 2015).

Etiología.

La etiología de la prematuridad es multifactorial:

1. Parto pretérmino espontáneo: representa el 31-40% de los partos pretérmino:
  - Infección intraamniótica. Responsable del 10-12% de los casos de parto pretérmino con bolsa íntegra.
  - Causa vascular: isquemia (trombofilia hereditaria o adquirida) o hemorrágica (placenta previa, DPPNI, hemorragia 1° o 2° trimestre de causa no filiada).
  - Estrés psicológico/físico
  - Sobredistensión uterina: gestación múltiple, responsable del 15-20% de los partos pretérmino.
2. Rotura prematura de membrana: aparece en un 3-5% de las gestaciones. Representa un 30-40% de los partos pretérmino
3. Finalización electiva por patología materna y/o fetal (hipertensión gestacional, RCIU). Representa el 20-25% de los partos pretérmino % (Palacio et al, 2015).

#### **2.9.12 Rotura prematura de membranas.**

Rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de membranas espontáneas que ocurre antes del inicio del trabajo de parto. La rotura de membranas antes de las 37 semanas se conoce como rotura prematura de membranas pretérmino y complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas y un 7-20% de las gestaciones gemelares, representando un 30% de los partos pretérmino. Debido a que el límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente definimos Rotura Prematura de Membranas previsible cuando ésta se produce antes de la semana 24 de gestación (Cobo y Palacio, 2015).

La finalización activa de la gestación vendrá determinada, independientemente de la edad gestacional, por la presencia de corioamnionitis clínica, parto instaurado o compromiso fetal. En ausencia de dichas complicaciones, en la Rotura Prematura de Membranas pretérmino se deberá individualizar el manejo clínico en función de la edad gestacional estimando el riesgo para la madre, para el feto y las complicaciones neonatales derivadas de un parto prematuro.

Como morbilidad materna se ha descrito mayor riesgo de corioamnionitis clínica tardía (13-60%), infección postparto (2-13%) y desprendimiento de placenta (4-12%), siendo la sepsis materna una complicación rara (1%). Como morbilidad neonatal se ha descrito un mayor riesgo de distrés respiratorio (complicación más frecuente), de sepsis neonatal, de hemorragia intraventricular, de enterocolitis necrotizante, un mayor compromiso neurológico y un mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios si además existe dinámica uterina (Cobo y Palacio, 2015).

2.9.12.1. Causas de la rotura prematura de membranas: papel de la infección intraamniótica subclínica.

En el caso de la Rotura Prematura de Membranas pretérmino, la etiología es multifactorial. Excepto en los casos que es secundaria a una agresión mecánica, como un procedimiento invasivo, en la mayoría de casos la etiología es idiopática. De las causas conocidas, la más frecuente es la infección intraamniótica en una fase subclínica. Sin embargo, la práctica habitual se basa en la identificación no de esta fase subclínica sino en la identificación de la fase clínica conocida como corioamnionitis clínica.

La corioamnionitis clínica se define por la presencia de fiebre  $> 37.8^{\circ}\text{C}$  y dos o más de los siguientes criterios menores: 1) irritabilidad uterina; 2) leucorrea maloliente; 3) taquicardia materna  $> 100$  latidos/minuto; 4) taquicardia fetal  $> 160$  latidos/minuto, y 5) leucocitos  $> 15.000$  cels/ $\text{mm}^3$ . Solo se presenta en un 29.7% de la RPM pretérmino por lo que se considera un marcador específico de infección pero poco sensible y sobre todo un marcador tardío. Hasta el momento actual, el tratamiento de la corioamnionitis clínica no ha demostrado beneficiarse de la conducta expectante con antibióticos, posiblemente porque su diagnóstico refleja un estado de la infección muy avanzada. Es por ello que ante el diagnóstico de corioamnionitis clínica, la actitud adecuada es la finalización activa de la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro (Cobo y Palacio, 2015).

La infección intraamniótica subclínica está presente en un 30-60% de las mujeres con Rotura Prematura de Membranas pretérmino. Representa la etapa previa a la aparición de signos clínicos. Su diagnóstico es microbiológico y requiere de un cultivo de líquido amniótico. El principal inconveniente es que es un método diagnóstico tardío, cuya lectura requiere al menos 48 horas, por lo que generalmente no suele estar disponible para la toma de decisiones en el manejo clínico de este grupo de pacientes (Cobo y Palacio, 2015).

### **2.9.13 Gestación Gemelar.**

La gestación múltiple presenta una proporción muy importante de complicaciones perinatales graves, tanto fetales como maternas, siendo una de las causas del aumento de consumo de recursos sanitarios en consecuencia al incremento asociado a la utilización creciente de la reproducción asistida. En los últimos 10 años se ha producido un importante cambio en nuestros conceptos sobre gestación múltiple derivado del desarrollo en el conocimiento sobre gestación múltiple derivado del desarrollo en el conocimiento sobre la gestación gemelar monocorial. La gestación gemelar monocorial y bicorial representan entidades completamente diferentes, que comparten algunos riesgos maternos y obstétricos, pero el tipo y gravedad de la patología fetal asociada es marcadamente independiente. En consecuencia, los protocolos de control clínico deben ser propios de cada gestación, ya que las decisiones clínicas pueden variar notablemente en algunos puntos según la corionicidad (Eixarch et al, 2015).

La incidencia de gestación múltiple ha aumentado notablemente en las dos últimas décadas por la implantación y difusión creciente de las técnicas de reproducción asistida. La incidencia de la gestación múltiple espontánea es de aproximadamente el 1%. La cifra clásica mencionada es de 1/90, regla que sirve para estimar la incidencia de las gestaciones de orden superior (1/902 para la gestación triple, 1/903 para la cuádruple y así sucesivamente). En todo caso, lo que interesa al clínico es la incidencia real, que en este momento representa el 1-2% de

todas las gestaciones, porcentaje que varía notablemente en diferentes áreas según la difusión de las técnicas de reproducción asistida. En España, la cifra se aproxima al 3% en la mayoría de áreas. No existe un factor claro de riesgo para la gestación múltiple, excepto la reproducción asistida, a pesar de que existen familias con una tendencia aumentada a presentar gestaciones múltiples, sin embargo las causas de esta predisposición son desconocidas (Eixarch et al, 2015).

#### 2.9.13.1 Gestación gemelar: embriología y clasificación.

La gestación gemelar se clasifica según su zigosidad y corionicidad, aunque respecto a los resultados perinatales lo único que tiene relevancia es la corionicidad. Aproximadamente dos terceras de las gestaciones gemelares espontáneas son dizigóticas, de forma que se originan en dos ovocitos fecundados y por definición, son bicoriales. El otro tercio son monozigóticas, habitualmente referidos como gemelos idénticos, provienen de un solo óvulo fecundado que se ha dividido después de la fecundación. El momento exacto de esta división condiciona importantes diferencias, respecto al tipo de placentación y amnionicidad. Aproximadamente el 70% de las gestaciones monozigóticas son monocoriales y el 30% bicoriales. Dentro de las monocoriales el 99% son biamnióticas y el 1% restante se reparte entre monoamniótica, mayoritariamente, y la excepcionalidad de los gemelos siameses (Eixarch et al, 2015).

En resumen, aproximadamente el 70-80% de los embarazos múltiples espontáneos son bicoriales y el 20-30% monocoriales. La reproducción asistida puede distorsionar algo estos porcentajes, dado que hay más casos de gestaciones dizigóticas, pero también se ha demostrado que la reproducción asistida se asocia a un mayor número de gemelos monocoriales. De forma aproximada se podría considerar que en la actualidad, en España, de 1-000 gestaciones habría unas 23 bicoriales y unas 7 monocoriales (Eixarch et al 2015).

### **2.9.14 Malformaciones.**

Prevalencia e historia natural. Un 3-4% de las gestaciones monocoriales presentan una malformación grave. En más del 90% la malformación es discordante, sólo la presenta un feto y los riesgos para el feto normal se incrementan, de forma variable según el problema, por el riesgo de muerte fetal y de complicaciones asociadas, por ejemplo, polihidramnios.

Secuencia TRAP.

Prevalencia e historia natural. Afecta al 1% de los monocoriales. Se trata de un caso extremo de discordancia placentaria, un feto se desarrolla parcialmente y su cuerpo sobrevive por una comunicación arterioarterial que lleva sangre del hermano en sentido inverso (Twin Reverse Arterial Perfusion sequence TRAP). El gemelo perfusor presenta circulación hiperdinámica, con riesgo de insuficiencia cardíaca e hidrops fetal. El riesgo de prematuridad es del 75% y la mortalidad perinatal es del 30% (Eixarch et al 2015).

### **2.9.15 Infecciones de transmisión sexual.**

Las enfermedades de transmisión sexual representan un riesgo importante para la mujer antes del embarazo, para la mujer gestante y para el neonato. La incidencia de enfermedades de transmisión sexual es elevada en adolescentes y por tanto representa un factor de riesgo particular en los embarazos adolescentes. El diagnóstico y tratamiento temprano de estas enfermedades y antes del embarazo es lo preferible, pero el tratamiento debe de hacerlo tan temprano como sea posible puede minimizar el daño al feto y la morbilidad o mortalidad materna (Johnson, 2011).

2.9.15.1. Un grupo de infecciones que puede afectar de forma negativa al feto durante el embarazo se conoce como TORCH, que representa Toxoplasmosis. Otras infecciones, Rubeola, Citomegalovirus y el virus del Herpes simple.

- ✚ La toxoplasmosis es una infección que se contrae por comer carne cruda o mal cocida o por manejar heces de gato. Los síntomas son similares a los de la gripe o pueden observarse ganglios linfáticos inflamados. Se requiere tratamiento contra el parásito con una combinación de sulfadiazina y pirimetamina, que pueden ser dañinas para el feto.
- ✚ La rubéola se contrae por entrar en contacto con niños que tienen la enfermedad y el neonato puede contagiarse de la madre que tiene la enfermedad al momento del nacimiento. Los síntomas en la mujer incluyen exantema, linfedema leve, dolores musculares y articulares, aunque el impacto para el feto puede incluir aborto espontáneo, anomalías congénitas y la muerte. La intervención primaria es la prevención mediante vacunación antes del embarazo.
- ✚ El citomegalovirus es un virus relacionado con el herpes que se transmite por contacto con los líquidos corporales de una persona infectada. El feto puede contagiarse in útero o durante su paso por el canal del parto si la madre está infectada. La mujer a menudo está asintomática. La mujer a menudo está asintomática y el diagnóstico más confiable es por cultivo del líquido amniótico. El impacto para el feto puede incluir restricción del crecimiento con lactantes pequeños para la edad gestacional, hidramnios, cardiomegalia, ascitis fetal, complicaciones neurológicas graves o muerte debido a daño tisular in útero.

Debido a las graves complicaciones de las infecciones por TORCH, la educación del paciente es fundamental para la mujer en anticipación al embarazo. Se realizan pruebas de detección para identificar estos trastornos en la madre o el neonato en el punto más temprano posible (Johnson, 2011).

#### 2.9.15.2 Infecciones por clamidia.

Las infecciones por clamidia se deben a *Chlamydia trachomatis*, un microorganismo que es en parte un parásito y en parte capaz de volverse parte de



la célula huésped a pesar de las defensas del huésped. El microorganismo invade entonces otras células huésped en un plazo de 40 horas manifiesta una infección total. Las infecciones pueden evolucionar a enfermedad inflamatoria pélvica y provocar un embarazo ectópico, epididimitis e infertilidad. La infección también puede causar nacimiento prematuro además de conjuntivitis y neumonía en el neonato.

#### Signos y síntomas.

- ✚ La clamidia pueden ser asintomática en muchas personas infectadas con el microorganismo.
- ✚ Es posible observar flujo vaginal.
- ✚ Tanto varones como mujeres pueden presentar disuria.
- ✚ Pueden ocurrir irregularidades menstruales si la infección avanza al endometrio y las trompas de Falopio.
- ✚ Los varones pueden experimentar secreción uretral.
- ✚ Es posible observar proctitis-inflamación del ano y el recto (Johnson, 2011).

#### Resultados de las pruebas.

- ✚ Cultivos de una muestra obtenida de orina, cuello uterino o vagina.
- ✚ La actividad de la enterasa leucocítica en la orina se utiliza para diagnosticar uretritis en varones.
- ✚ Prueba de antígeno rápido, o pruebas de reacción en cadena de la polimerasa o ligasa.

#### Tratamiento.

- ✚ Azitromicina en dosis única
- ✚ Doxiciclina durante siete días.
- ✚ Todas las parejas sexuales deben tratarse.
- ✚ Abstenerse del coito hasta que ambas personas de la pareja hayan completado el tratamiento para prevenir reinfecciones (Johnson, 2011).

### 2.9.15.3 Gonorrea.

La infección es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. El trastorno suele encontrarse en conjunto con una infección por clamidia y puede encontrarse después de su progresión a enfermedad inflamatoria pélvica. Si la infección ocurre después del tercer mes de embarazo, el microorganismo puede estar contenido en el área pélvica inferior en la uretra y el cuello uterino debido a un tapón de moco en éste que evita su expansión en sentido ascendente.

#### Signos y síntomas.

- ✚ Puede ser asintomática.
- ✚ Es posible observar signos comunes: secreción vaginal purulenta verdusca-amarillenta, disuria, frecuencia urinaria.
- ✚ Inflamación de la vulva.
- ✚ Pueden presentarse hinchazón y erosión del cuello uterino.

#### Resultados de las pruebas.

- ✚ La detección previa al embarazo o prenatal inicial (o pruebas al final del embarazo para madres de riesgo elevado) pueden revelar un cultivo positivo.
- ✚ Un cultivo uretral, faríngeo o rectal puede ser positivo para gonorrea si se utilizan sitios de entrada alternos para el coito.

#### Tratamiento.

- ✚ Las mujeres no embarazadas y sus parejas pueden tratarse con cefixima o ceftriaxona en combinación con tratamiento para clamidia con azitromicina o amoxicilina.
- ✚ Los cultivos se repiten una a dos semanas después del tratamiento.
- ✚ Hay que tratar a todas las parejas sexuales.
- ✚ Las mujeres embarazadas y sus parejas deben tratarse con cefixima por vía oral o ceftriaxona por vía intramuscular en combinación con tratamiento por clamidia con azitromicina o amoxicilina (Johnson, 2011).

#### 2.9.15.4 Herpes Genital.

La infección por herpes involucra al virus del herpes simple (VHS) e incluye dos formas: VHS-1 (oral, “fuegos bucales”) o VHS-2 (infección genital). La forma genital se encuentra en millones de personas en EUA. La infección puede permanecer latente durante periodos determinados con ocurrencia activa desencadenada por estrés, menstruación, embarazo, coito vigoroso, calor excesivo, ropa apretada o agotamiento.

##### Signos y síntomas.

- ✚ Se observan vesículas únicas o múltiples en las áreas del ano, uretra, cuello uterino o vagina que aparecen hasta 20 días después de la exposición.
- ✚ Las vesículas pueden romperse en forma espontánea y formar lesiones dolorosas, abiertas y ulceradas.
- ✚ La inflamación puede causar retención urinaria y micción dolorosa.
- ✚ Puede presentarse aumento de tamaño de los ganglios linfáticos inguinales.
- ✚ Síntomas similares a gripe
- ✚ Prurito general.
- ✚ Las lesiones sanan en dos a cuatro semanas. Pueden observarse recurrencias menos graves.
- ✚ La lesión o muerte del neonato puede deberse a herpes del tracto genital con las que entra en contacto durante el nacimiento.

##### Resultado de las pruebas.

- ✚ El cultivo de las lesiones revela la presencia de virus del herpes.
- ✚ Reacción en cadena de la polimerasa.
- ✚ Pruebas específicas de tipo basadas en glucoproteína G.

##### Tratamiento.

- ✚ Tratamiento inicial con Aciclovir, velaciclovir o famciclovir-

- ✚ El tratamiento de supresión puede incluir los medicamentos anteriores durante recurrencias.
- ✚ Las mujeres embarazadas reciben Aciclovir durante el tercer semestre para reducir las recurrencias al momento de parto.
- ✚ Curación con yodopovidona (Betadine), vitamina C, o lisina puede reducir la recurrencia. La solución de Burow puede reducir las molestias.
- ✚ Usar ropas holgadas y ropa interior de algodón promueve la curación (Johnson, 2011)

#### 2.9.15.5 Sífilis.

La sífilis es una infección sistemática debida a la espiroqueta *Treponema pallidum* que tiene dos vías de trasmisión: sexual y transplacentaria. En los últimos años se ha asistido a un incremento de los casos de sífilis y es fundamental que el cribado gestacional permita su detección para evitar un incremento de sífilis congénita.

Infección materna. La infección por sífilis tiene distintas fases. La sífilis primaria en que aparece el chancro en el lugar de la inoculación tras un periodo de incubación de 2 a 6 semanas. Sin tratamiento médico, las úlceras desaparecen en 3-8 semanas, cuando se produce la diseminación de *T. pallidum* en forma de rash en la sífilis secundaria. La clínica de esta etapa se resuelve sin tratamiento en 2-6 semanas, pasando a una fase de sífilis latente, que constituye un periodo subclínico solo diagnosticable por serología. Se divide en latente precoz cuando ha pasado menos de 1 años desde la primoinfección, o latente tardía cuando hace más de un años o bien la fecha de la primoinfección es desconocida. Al cabo de años de sífilis latente, puede aparecer la sífilis terciaria y cuaternaria, que incluye gomas sifilíticas, alteraciones cardiacas, auditivas y neurosífilis. Es poco frecuente desde la introducción de la penicilina pero puede darse hasta en 1/# de los pacientes nunca expuestos al tratamiento (López y Gonze, 2015).

## Diagnóstico de infección materna.

El diagnóstico clínico de sífilis se deberá sospechar ante cualquier úlcera indolora que no cura en 2 semanas, independientemente de su localización, y ante cualquier rash cutáneo generalizado en una gestante. La sospecha diagnóstica deberá ser siempre confirmada mediante estudio serológico, que incluye dos tipos de tests que son: Tests no treponémicos (VDRL y RPR) y Tests treponémicos (ELISA, TPHA, FTA-Abs).

## Tratamiento materno.

Se deben tratar todos los casos de sífilis (independientemente de los títulos serológicos) cuando no exista la seguridad de que la paciente haya realizado anteriormente un tratamiento correcto.

En la sífilis primaria, secundaria o latente precoz (<1 año) se debe administrar Penicilina G. benzatina 2.4 MU im (1 dosis) en pacientes con infección VIH coexistente, administrar tres dosis (misma pauta que en sífilis tardía. Sífilis latente tardía (>1 año) o imposibilidad de datar la infección. Se debe de administrar Penicilina G benzatina 2.4 MU im/semana, durante tres semanas. (López y Gonc, 2015).

### 2.9.15.6 Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente productor del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Fue aislado en 1983 en el Instituto Pasteur de París. El VIH pertenece al grupo de los retrovirus, que se caracterizan por tener una enzima denominada retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, que permite convertir su ARN en ADN (Matorras et al, 2012).

La infección por VIH afecta directa y fundamentalmente al sistema inmunológico específicamente a los linfocitos CD<sub>4</sub>, destruyéndolos lentamente

hasta desembocar en una serie de infecciones y/o neoplasias, que definen el estadio más avanzado de la enfermedad denominada SIDA.

Las posibles vías de trasmisión del virus son:

- ✚ Sanguínea: en adictos a drogas por vía parenteral, cuando se comparten agujas y jeringas contaminadas y objetos como cuchillas de afeitar o cepillos de dientes
- ✚ Sexual: las relaciones sexuales sin preservativos (tanto homosexuales como heterosexuales) con una persona infectada permiten la transmisión del virus.
- ✚ Vertical (trasmisión materno-fetal): anteparto, intraparto y posparto (Matorras et al, 2012).

Posibles complicaciones obstétricas.

Las complicaciones obstétricas que pueden producirse en este tipo de pacientes son las siguientes:

- ✚ Riesgo aumentado de aborto espontáneo.
- ✚ Mayor tasa de prematuridad y crecimiento fetal retardado.
- ✚ Mayor tasa de muerte fetal intraútero
- ✚ Patologías médicas asociadas (coinfeción con VHC, tuberculosis, infecciones de trasmisión sexual, displasias cervicales y cáncer cervical).
- ✚ Asociación a hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, etc).
- ✚ Asociación a problemas psicológicos (falta de apoyo familia/social).

Tratamiento.

Todas las embarazadas infectadas por VIH, sintomáticas o asintomáticas, deben recibir tratamiento con al menos tres fármacos antirretrovirales (TARGA, terapia antirretrovirales de gran actividad) (Matorras et al, 2012)

### **2.9.16 Muerte materna.**

La mortalidad materna se define como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales. A nivel internacional, la medida generalmente utilizada para identificar y evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos. Debido a que la mayoría de las muertes que se presentan bajo las circunstancias antes descritas son atribuibles a causas prevenibles, la mortalidad es un asunto de derechos humanos y así ha sido reconocido por varios mecanismos internacionales (OMS, 2012).

En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reafirmó que la muerte materna es un asunto de derechos humanos y expresó su preocupación por la alta Razón de Mortalidad Materna en el mundo. Asimismo, solicitó a los Estados renovar su compromiso de eliminar los casos de mortalidad y morbilidad materna prevenibles en cumplimiento de sus obligaciones adquiridas en materia de derechos humanos (OMS, 2012).

Por otra parte, la reducción de la Razón de Mortalidad Materna es de 75% entre 1990 y 2015 y fue incluida como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dicha inclusión representa el compromiso de los Estados para reducir la muerte materna y mejorar los servicios de salud, reiterando sus compromisos internacionales en el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población de El Cairo de 1994 y la Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción de 1995 (OMS, 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el

parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, afrodescendientes y pobres. Las causas directas de la mortalidad materna incluyen la eclampsia y preeclampsia, las hemorragias, las infecciones y los abortos inseguros. Muchas de estas causas se relacionan con la falta de acceso a servicios de salud de calidad, que se asocian con costos elevados de la atención médica, deficiencias en los insumos y equipos, y la falta de personal capacitado. Asimismo, existen barreras estructurales como las leyes, políticas y prácticas que perpetúan la discriminación contra las mujeres en el ámbito social, económico y familiar (OMS, 2012).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reiterado que la falta de acceso a servicios adecuados de salud materna constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres, especialmente a su integridad personal, a la salud y a la no discriminación. Asimismo, ha señalado que es imprescindible que los Estados cumplan con sus obligaciones internacionales en esta materia y que se “requieren medidas prioritarias inmediatas” para atender la mortalidad materna. Dentro de las recomendaciones emitidas por la CIDH a los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos para el cumplimiento de sus obligaciones se encuentra el acceso oportuno a recursos judiciales efectivos para las mujeres que consideren que el Estado no ha observado sus obligaciones en esta materia. Por ello, aunado a las acciones de los Estados para evitar la muerte materna en el sector salud, es indispensable que se promueva el acceso a la justicia tanto en casos de muerte materna como de complicaciones severas e incapacitantes.

## **2.10 Prevención.**

Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos sexualmente. Por tal motivo, este grupo necesita servicios de



Salud Sexual Reproductiva (SSR) para que reciban información sobre las formas de evitar embarazos no deseados y como disminuir los riesgos de adquirir una Infección de Trasmisión Sexual (ITS), incluidas el VIH/SIDA. La Salud Sexual Reproductiva de adolescentes es una prioridad del Plan Estratégico de Salud, por tanto, los planes de promoción y prevención deben incluir este componente y deben ser implementados en todas las direcciones territoriales de salud (Rodríguez, 2010).

La mayoría de las complicaciones maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto y la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte (OMS, 2012).

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconocimiento y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.; la preeclampsia debe de detectarse y tratarse antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia (OMS, 2012).

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres y en particular las adolescentes deben tener acceso a la planificación familiar, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita y a una atención de calidad tras el aborto (OMS, 2012)

## **2.11 Estudios relacionados:**

**Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental.** Objetivo: identificar las complicaciones clínicas maternas asociadas al embarazo en adolescentes. Material y método: investigación documental a través de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo que se realizó entre marzo y septiembre de 2011. Se efectuó una búsqueda exhaustiva de fuentes documentales. Criterios de inclusión: artículos publicados en revistas científicas, tanto originales como artículos de revisión y documentos de posición política en materia de salud. Bases de datos: PubMed, Science Direct, y MDConsult. Resultados: la mayor parte de los 17 artículos consultados considerados como complicaciones clínicas más comunes: anemia, partos pretérmino, parto instrumental, desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo y muerte materna. Conclusiones: es necesario enfatizar el cuidado médico de los adolescentes debido a la falta de conocimiento sobre la salud reproductiva. Es el médico familiar quien debe iniciar acciones preventivas desde una atención integral a niños y adolescentes, procurando una eficaz educación en valores, fortalecimiento de la autonomía, autoestima, toma correcta de decisiones y construcción de un proyecto de vida (Baena et al., 2012).

### **Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales.**

Objetivo: determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. Material y método: estudio de casos y controles efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 de julio de 2010 al 31 de diciembre de 2011. El grupo de casos lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se analizaron con las pruebas estadísticas  $X^2$  y razón de momios. Resultados: en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura de membranas, amenaza de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de

nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo. Conclusiones: el embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones (Panduro et al., 2012).

**Embarazo adolescente ¿Una población en riesgo?** Objetivo. Comparar los resultados perinatales del embarazo adolescente bajo el seguimiento de un equipo multidisciplinario, con el mujeres adultas de 21 a 34 años. Resultados. En 2005 se produjeron en la Maternidad Sardá 7360 nacimientos, de los cuales 1435 (19.5%) pertenecieron a madres menores de 19 años. Ingresaron al Programa de Atención Materna (PROAMA) 420 adolescentes de 16 años o menos. Se estudiaron 380 madres que presentaron una edad promedio de 15 años y 5 meses. Siendo primigestas el 82%. Las mujeres adolescentes presentan mayor porcentaje de primiparidad y menor número de cesáreas. No hubo diferencia en el peso y la edad gestacional entre ambos grupos (3205 g vs 3225g y 39.3 semanas vs 39.1 semanas de edad gestacional respectivamente). La tasa de recién nacidos menores a 2500g fueron similares en los dos grupos (8.8% vs 8.1%), al igual que los de muy bajo peso (1.5% vs 1.3%) (García et al, 2010).

**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. 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 planeación vs entender con dudas sobre planificación (OR. 0,1 con IC 95% de 0,03-0,5), Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95% 2,3-25,8). No planificó en primera relación (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 (González et al, 2012).

### III. METODOLOGÍA

#### **Diseño Metodológico**

Descriptivo porque permite dar a conocer explícitamente la realidad sobre este tema y proporcionar su descripción; Transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014), Cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos (Canales, 2011).

#### **Universo y Muestra**

El universo de estudio está compuesto por 60 adolescentes embarazadas que asisten al módulo del adolescente del Centro de Salud “Agustín Batalla” a su control prenatal. La muestra será convencional ya que las encuestas se aplicaron en el mes de septiembre y octubre del 2017.

Además se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los datos estadísticos de las mujeres adolescentes embarazadas que ingresaron al servicio de Modulo Mater del periodo 1° Enero 2016 al 31 de Marzo del 2017 en el hospital General “Jorge Soberón Acevedo” para conocer la prevalencia de las complicaciones del embarazo más frecuentes que presentan este grupo de población en estudio.

#### **Criterios de selección:**

##### Criterios de inclusión

- Adolescentes de 13 a 19 años
- Sexo femenino
- Consentimiento informado por parte de la adolescente

### Criterios de exclusión

- Adolescentes que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado

### Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
V.I Embarazo de la adolescente	<p>Embarazo:</p> <p>Adolescencia: se define como el periodo que transcurre entre los 10 y los 19 años. En esta etapa el individuo adquiere la capacidad reproductiva, se transforman los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolidan la independencia socioeconómica y la identidad sexual</p>	<p>Embarazo: Estado consiente en tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo, después de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.</p> <p>Adolescente: Periodo del desarrollo humano que se inicia en la pubertad y termina cuando llega al principio de la edad adulta</p>	Socio Demográficas	<p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Nivel de educación</p> <p>Estado socioeconómico</p>	<p>13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años</p> <p>Soltera Casada Divorciada Viuda</p> <p>Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Universidad</p> <p>Bajo Medio Alto</p>

Complicaciones durante el embarazo	Hace referencia a todos los problemas que presenta la adolescente durante la gestación	Conocimiento de las complicaciones de las adolescentes	Fisiológica	Menarca	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años
				Inicio de la vida sexual	10-13 años 14-16 años 17-19 años
				Problemas familiares que le hicieron buscar pareja	Si No
				Número de parejas sexuales	1 2 3 4 o más
				Número de embarazos	1 2 3 4
				Conoces método planificación familiar	Si No Cuál
				Embarazo has tenido alguna complicación	Si No
				Que complicación presentaste	Aborto Anemia Infecciones urinaria Preeclamsia Eclampsia Hemorragias por enfermedades placentarias. Malnutrición materna Parto prematuro
			Complicaciones en el embarazo		

					Rotura de membranas Desproporción céfalo-pélvica Trabajo de parto prolongado Diabetes Gestacional.
				Enfermedad de Trasmisión sexual	Si No Cuál
				Control prenatal	Si NO
				Tipo de alimentación	Alimentos que consume la embarazada.

### Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para identificar las complicaciones más frecuentes que presentan las adolescentes durante su embarazo, el cuál fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 6 preguntas cerradas y en la fase analítica contiene 14 preguntas cerradas

Trabajo de campo: Se programaran entrevistas previas con los responsables de la institución de salud y con las embarazadas adolescentes para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética del estudio y la confiabilidad de las respuestas sobre las complicaciones que presentan durante el embarazo las madres adolescentes. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de las madres adolescentes detectando si comprendieron la pregunta y si existen errores realizando los ajustes necesarios.



La recolección de los datos de las adolescentes se realizó en el Centro de Salud “Agustín Batalla”, de Iguala, Gro., para identificar las complicaciones que presentan las adolescentes durante el embarazo, se les explico el propósito del estudio y participaron dando su consentimiento informado por parte de la adolescente embarazada, posteriormente contestaran las preguntas, sin presiones de la encuestadora.

### **Análisis de los datos.**

La recolección de la información se obtuvo por medio de encuestas, las cuales se manejan de manera descriptiva, utilizando las medidas de resumen, media aritmética, razones y porcentajes; la información se presenta en cuadros estadísticos y figuras.

### **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 obtuvo el consentimiento informado por escrito de las adolescentes embarazadas que participaron en esta investigación.

### **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 encuesta que se aplicó en la población objeto de estudio para identificar las complicaciones durante el embarazo en adolescentes.

### Datos sociodemográficos.

Cuadro No. 4.1 Edad

Edad	Fo	%
14 años	3	5
15 años	15	25
16 años	10	17
17 años	15	25
18 años	17	28
19 años	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo a los resultados obtenidos el 28% tiene 18 años, el 25% tiene 15 y 17 años respectivamente, 17% tiene 16 años. La edad es un factor de riesgo que puede desencadenar complicaciones durante la gestación, debido a que fisiológicamente su organismo no está preparado para un embarazo y esto provoca que las adolescentes presenten complicaciones como anemia, aborto, preeclamsia,

infecciones entre otros y psicológicamente también hay una inmadurez porque no están preparadas para ser madres.

Cuadro No. 4.2 Estado Civil

<b>Estado civil</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Soltera	12	20
Casada	25	42
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Unión libre	23	38
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo al Estado Civil de la población en estudio refieren en primer lugar con un 42% que son casadas y el 38% están en unión libre y 20% son madres solteras lo que provoca un problema socioeconómico porque no cuentan con el apoyo de su pareja para poder educar a los hijos y por consiguiente no cuentan con una pareja que les apoye para sacar adelante a su familia. Además la adolescente soltera durante su embarazo tiende a sufrir de soledad y suele sentirse acosado por dudas y preocupaciones acerca de su futuro.

Cuadro No. 4.3 Ocupación

Ocupación	Fo	%
Estudiante	13	22
Ama de casa	44	73
Empleada	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De la población en estudio se encontró que el 73% son ama de casa, 22% son estudiante, un 5% son empleadas. La mayoría de las adolescentes no tienen ingresos propios para tener una mejor calidad de vida para ellas y sus hijos ya que dependen básicamente de su pareja o del padre o madre de familia. Esto tiene repercusiones en la embarazada ya que los ingresos de su familia son bajos y no cuentan con el dinero suficiente para tener una alimentación adecuada durante su embarazo y esto repercute en la salud del binomio madre-hijo.

Cuadro No. 4.4 Con quien vives.

Con quien vives	Fo	%
Padres	12	20
Mamá	5	8.33
Padre	0	0
Esposo	17	28.33
Suegros	26	43.33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>99.99%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

En relación a los resultados obtenidos las adolescentes viven con los suegros en un 43.33%, con el esposo un 28.33%, el 20% con sus padres y el 8% con la madre. De acuerdo a estos resultados la mayoría de las adolescentes embarazadas no tienen un lugar propio para vivir con su familia provocando en está tensiones emocionales y psicológicos que afectan las relaciones intrafamiliares.

Cuadro No. 4.5 Escolaridad

<b>Escolaridad</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Primaria	4	6.66
Secundaria	19	31.66
Preparatoria	37	61.66
Universidad	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>99.98%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De la muestra en estudio el 61.66% cuenta con un nivel de preparación de nivel de preparatoria, 31.66% cuentan con la secundaria y el 6.66% cuentan con primaria. La educación de las jóvenes adolescentes es importante porque estos resultados demuestran que no tienen los conocimientos necesarios para evitar los embarazos no deseados y por consiguiente no llevan un control adecuado de atención prenatal por la falta de conocimientos. Es importante mencionar que las adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.

Cuadro No. 4.6 Nivel Socioeconómico

<b>Escolaridad</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Bajo	60	100
Medio	0	0
Alto	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo a los datos encontramos que la mayoría de las adolescentes tienen un nivel económico bajo dejando más expuestos a los adolescentes a tomar decisiones inadecuadas como es buscar una pareja sexual para solucionar sus problemas económicos, ocasionando con esto embarazos a temprana edad y esto repercute en la salud de la madre e hijo.

#### **Datos Analíticos.**

Cuadro No. 4.7 Menarca

<b>Menarca</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
10 años	32	53
11 años	20	33
12 años	4	7
13 años	3	5
14 años	1	2
15 años	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60



La mayoría de las adolescentes tuvieron su primera menstruación a temprana edad y físicamente su cuerpo empieza a tener cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales, pero en esta edad no tienen la madurez sexual para poder tener un embarazo sin riesgo. Es importante que se lleve un desarrollo sexual sano para tomar las mejores decisiones y evitar los embarazos no deseados y reducir con esto la morbilidad materna fetal. Además la maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con un riesgo latente para el niño.

Cuadro No. 4.8 Inicio de vida sexual activa

<b>Vida sexual activa</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
12 años	2	3
13 años	0	0
14 años	6	10
15 años	26	43
16 años	16	27
17 años	10	17
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

La mayor incidencia la encontramos en las adolescentes de 15 años, y en segundo lugar a los 16 años, en tercer lugar a los 17 años y en cuarto lugar a los 14

años tienen vida sexual activa. Es importante preparar a las adolescentes para evitar los embarazos a temprana edad, ya que son considerados de alto riesgo reproductivo, no solo por los problemas sociales y psicológicos que presentan durante la gestación sino también porque su cuerpo aún está en proceso de formación y maduración de sus órganos sexuales y no está preparado para el embarazo. Es importante contar con la edad ideal, preparación para decidir con responsabilidad cuando embarazarse y cuantos hijos deben tener para evitar la morbimortalidad en el binomio madre e hijo.

Cuadro No. 4.9 Problemas familiares que le hicieron buscar pareja

<b>Problemas familiares</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	0	0
No	60	100
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iquala de la Independencia, Gro. N=60

El 100% de la muestra en estudio refiere que no tienen problemas familiares que podrían incidir en la decisión de embarazarse y alejarse de su ambiente familiar.

Cuadro No. 4.10 Número de Parejas Sexuales

<b>Parejas Sexuales</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
1 pareja	55	92
2 parejas	5	8
3 parejas	0	0
4 o más	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

El 92% de las madres adolescentes mencionaron que han tenido 1 pareja sexual, y un 8% tiene 2 parejas sexuales. El tener más de una pareja provoca que las mujeres tengan mayor posibilidad de tener infecciones sexuales como VIH/SIDA, citomegalovirus, virus del papiloma humano, gonorrea, sífilis, etc., debido a la promiscuidad en que viven. Esto es un factor de riesgo para presentar estas enfermedades y el cáncer cérvico uterino

Cuadro No. 4.11 Número de embarazos

<b>Embarazos</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
1	59	98
2	1	2
3	0	0
4	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo a los resultados obtenidos el 98% de las adolescentes han tenido un embarazo y el 2% tienen 2 embarazos. Es necesario darles a conocer los métodos de planificación familiar a nuestras adolescentes para evitar los embarazos no planeados provocándose abortos clandestinos que provocan la mortalidad materna en este grupo de población.

Cuadro No. 4.12 Conoce algún método de Planificación Familiar

<b>Planificación familiar</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
SI	60	100
No	0	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

Cuadro No. 4.13 Tipo de método anticonceptivo que conoces

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Condón	23	38.33
Inyección	6	10
Pastillas	6	10
DIU	11	18.33
Implante	8	13.33
Parches	6	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>99.99%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

El 100% de las adolescentes embarazadas mencionaron que si conocen algún método de planificación familiar como son las pastillas, condón, inyecciones, DIU, implantes. Sin embargo a pesar de que refieren tener conocimiento de éstos las adolescentes encuestadas no las utilizaron ya que a temprana edad tuvieron su primer embarazo.

Cuadro No. 4.14 Abortos

<b>Abortos</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	20	33
No	40	67
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que el 33% de la muestra en estudio ha tenido abortos. Este problema es una complicación de las mujeres adolescentes debido a que fisiológicamente su organismo no está preparado para tener un embarazo y esto provoca que el organismo rechaza al producto por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos y algunas veces son embarazos no deseados que generalmente llega a terminar en abortos provocando la mortalidad materna.

Cuadro No. 4.15 En tu embarazo has tenido alguna complicación

<b>Complicaciones</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	54	90
No	6	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

El 90% de las adolescentes han tenido alguna complicación en su embarazo y el 10% refiere que no han tenido ninguna complicación durante el embarazo, Es importante que lleven un control prenatal, adecuada para evitar las complicaciones durante la gestación. Los factores de riesgo que se asocian a las complicaciones es la inadecuada alimentación por el nivel socioeconómico que tienen, y falta de higiene que ocasiona infección de vías urinarias.

Cuadro No. 4. 16 Que tipo de complicación tuviste durante el embarazo

<b>Tipo complicaciones</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Preeclamsia	8	6
Eclampsia	0	0
Infección de vías urinarias	47	35
Diabetes gestacional	0	0
Anemia	23	17
Amenaza de aborto	0	0
Abortos	20	15
Amenaza de parto prematuro	19	14
Desprendimiento de placenta	0	0
Embarazo Gemelar	0	0
Rotura prematura de membranas	17	13
Ninguna	0	0
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

Las adolescentes en estudio mencionaron que el 35% ha presentado infecciones urinarias, 17% anemia, 15% han tenido abortos, 14% amenaza de parto prematuro, 13% rotura prematura de membranas y el 6% preeclampsia. Es importante llevar a cabo un buen control prenatal y dar pláticas sobre las complicaciones más frecuentes que pueden tener durante el embarazo para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en esta población de riesgo.

Cuadro No. 4.17 Conoce algún riesgo que puede presentar durante el embarazo

<b>Conocimiento de riesgo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	59	98
No	1	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

El conocimiento favorable que las adolescentes tienen de los riesgos obstétricos que pueden presentar durante el embarazo, corresponde a un 98% y el 2% desconoce los diferentes riesgos que pueden presentar. Es importante que las embarazadas puedan identificar los riesgos que conlleva el embarazo a temprana edad para su autocuidado.

Cuadro No. 4.18 Conoces los signos de alarma que se pueden presentar en su embarazo

<b>Signos de alarma</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	59	98
No	1	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

El 98% de las madres adolescentes si los conoce y el 2% no los identifica. Teniendo como resultado satisfactorio que la población adolescente si esta consiente de identificar estos signos como es la falta de movimiento del producto, hemorragias, contracciones, edema, elevación de la presión arterial, parto prematuro, rotura prematura de membranas, abortos.

Cuadro No. 4. 19 Lleva algún control prenatal

<b>Control prenatal</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	56	93
No	4	7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60



De las adolescentes embarazadas a las que se les aplicó el instrumento de trabajo, mencionan el 93% lleva un control prenatal adecuado y el 7% no. Es necesario mencionar que las adolescentes llevan un control adecuado para mantener su embarazo estable y prevenir posibles complicaciones. Sin embargo como se puede apreciar en el cuadro No. 4.15 las adolescentes mencionan que han presentado complicaciones durante sus embarazo como es infecciones urinarias, anemia, abortos, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas y preeclampsia lo que es necesario educarlas sobre estos temas importantes que le ayuden a mejorar su salud y con esto reducir la mortalidad materna en este grupo de edad.

Cuadro No. 4. 20 Enfermedad de Trasmisión Sexual

<b>ETS</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Si	0	0
No	52	97
No contesto	8	13
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo a los resultados obtenidos el 97% refiere no haber tenido ninguna enfermedad de trasmisión sexual y el 13% no contesto. Las enfermedades de trasmisión sexual representan un riesgo importante para la mujer antes del embarazo, para la mujer gestante adolescente y para el neonato.

Cuadro No. 4. 21 Tipo de alimentación durante el embarazo

Tipo de alimentación	Diario		Cada tercer día		1 vez por semana		Cada mes		Total
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	
Carne	1	2	47	78	12	20	0	0	100
Leche	48	80	12	20	0	0	0	0	100
Huevo	14	23	18	30	24	40	4	7	100
Pan	40	67	20	33	0	0	0	0	100
Tortilla	60	100	0	0	0	0	0	0	100
Frijol	27	45	33	55	0	0	0	0	100
Verdura	21	35	24	40	15	25	0	0	100
Fruta	45	75	4	7	11	18	0	0	100
Cereales	20	33	30	50	10	17	0	0	100

*Fuente:* Cuestionario para identificar las complicaciones del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=60

De acuerdo al tipo de alimentación refiere la adolescente en primer lugar que la alimentación que consume es la siguiente: el 78% consume carne cada tercer día, huevo el 30% una vez por semana, leche un 80% diario; consumiendo pocas proteínas durante su embarazo. En relación al consumo de carbohidratos el 100% consume diario las tortillas y el 67% consume diario el pan y el 55% consume el frijol cada tercer día. Los cereales los consumen el 50% cada tercer día y el 40% refiere comer verduras cada tercer día. Estas adolescentes en estudio tienen mala alimentación baja en proteínas, hierro. Es importante mencionar que la anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en las gestantes de bajos recursos económicos ocasionando parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductual y por consiguiente presenta una elevada morbilidad y mortalidad fetal y perinatal.

Cuadro No. 4. 22 Prevalencia de las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el periodo del 1° de enero 2016 al 31 de marzo del 2017.

ETS	Fo	%
Rotura Prematura de Membranas	82	7.23
Anemia	7	0.61
Oligohidramnios	40	3.52
Presentación pélvica	10	0.88
Posición transversa	2	0.17
Preeclampsia	53	4.67
Eclampsia	6	0.52
Cervicovaginitis	16	1.41
EHE	27	2.38
Hipomotilidad fetal	7	0.61
Hipermotilidad fetal	1	0.08
Condilomas	6	0.52
Atonía uterina	1	0.08
Hipertonía uterina	1	0.08
Taquicardia fetal	12	1.05
Bradycardia fetal	4	0.35
Doble circular de cordón	10	0.88
Polihidramnios	1	0.08
Macrosómico	3	0.26
Parto gemelar	6	0.52
Infecciones urinarias	5	0.44
Parto prematuro	8	0.70
Amenaza de parto prematuro	136	11.99
Amenaza de aborto	25	2.20
Aborto	75	6.61
Placenta previa	11	0.97
Candidiasis vaginal	1	0.08
Embarazo embrionario	11	0.97
Óbito fetal	3	0.26
Traumatismo obstétrico	1	0.08
Huevo muerto retenido	13	1.14
Hiperémesis gravídica	1	0.08
Malformaciones congénitas	1	0.08
Parto fortuito	1	0.08
Enfermedad de Hellp	1	0.08
Diabetes gestacional	1	0.08
Ninguna complicación	545	48.05
<b>Total</b>	<b>1134</b>	<b>99.79%</b>

*Fuente:* Prevalencia de las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el periodo del 1° de enero 2016 al 31 de marzo del 2017 del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro. N=1134

Del total de las gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” que en total fueron 1134; el 51.74% de las adolescentes presentaron complicaciones durante su embarazo (589 casos) y el 48.05% no tuvieron complicaciones (545 casos).

De las complicaciones más frecuentes que presentan las gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro., se encontró en primer lugar la amenaza de parto prematuro con un 11.99%, en segundo lugar la rotura prematura de membranas con un 7.23% y en tercer lugar el aborto con un 6.61%.

Es importante mencionar que las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no solo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación y presentan riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como es la enfermedad hipertensiva, anemia, parto prematuro, aborto, infecciones urinarias, las hemorragias por enfermedades placentarias, anemia, parto prematuro, rotura prematura de membranas, que elevan las cifras de morbilidad y mortalidad materna.

### **Discusión:**

De acuerdo a los resultados obtenidos el 28% tiene 18 años, el 25% tiene 15 y 17 años respectivamente, 17% tiene 16 años. La edad es un factor de riesgo que puede desencadenar complicaciones durante la gestación. En otro estudio de investigación se estudiaron 380 madres que presentaron una edad promedio de 15 años y 5 meses, siendo primigestas el 82% (García et al, 2010).

De acuerdo al Estado Civil de la población en estudio refieren en primer lugar con un 42% que son casadas y el 38% están en unión libre y 20% son madres

solteras lo que provoca un problema socioeconómico en las madres adolescentes. En un estudio realizado por Panduro et al., (2012) en las adolescentes hubo menos casadas,

En relación a los resultados obtenidos las adolescentes viven con los suegros en un 43.33%, con el esposo un 28.33%, el 20% con sus padres y el 8% con la madre, esto provoca en está tensiones emocionales y psicológicos que afectan las relaciones intrafamiliares. Panduro et al., (2012) menciona que hay falta de apoyo a la gestante por parte de su pareja.

De la muestra en estudio el 61.66% cuenta con un nivel de preparación de nivel de preparatoria, 31.66% cuentan con la secundaria y el 6.66% cuentan con primaria. La educación de las jóvenes adolescentes es importante para evitar los embarazos no deseados y llevar un control adecuado de atención prenatal para evitar las complicaciones durante el embarazo.

La mayoría de las adolescentes tuvieron su primera menstruación a temprana edad y físicamente su cuerpo empieza a tener cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales, pero en esta edad no tienen la madurez sexual para poder tener un embarazo sin riesgo.

En relación a vida sexual activa, la mayor incidencia la encontramos en las adolescentes de 15 años, y en segundo lugar a los 16 años, en tercer lugar a los 17 años y en cuarto lugar a los 14 años. Esta edad es considerada de alto riesgo reproductivo. En otro estudio menciona que la Prevalencia de haber tenido relaciones sexuales es de un 40% y vida sexual activa 20% (González et al, 2012).

El 92% de las madres adolescentes mencionaron que han tenido 1 pareja sexual, y un 8% tiene 2 parejas sexuales. El tener más de una pareja provoca que las mujeres tengan mayor posibilidad de tener enfermedades de transmisión sexual.

El 100% de las adolescentes embarazadas mencionaron que si conocen algún método de planificación familiar como son las pastillas, condón, inyecciones, DIU, implantes. Sin embargo a pesar de que refieren tener conocimiento de éstos las adolescentes encuestadas no las utilizaron ya que a temprana edad tuvieron su primer embarazo. En contraste Panduro et al., (2012) refiere en el estudio que realizó que hay menor utilización de anticonceptivos en las mujeres adolescentes. Haber recibido información sobre planificación 80% (González et al, 2012).

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que el 33% de la muestra en estudio ha tenido abortos. Este problema es una complicación de las mujeres adolescentes. Prevalencia de embarazo 4% y aborto de 1% (González et al, 2012).

El 90% de las adolescentes han tenido alguna complicación en su embarazo y el 10% refiere que no han tenido ninguna complicación. Las adolescentes en estudio mencionaron que el 35% ha presentado infecciones urinarias, 17% anemia, 15% han tenido abortos, 14% amenaza de parto prematuro, 13% rotura prematura de membranas y el 6% preeclamsia. Estas complicaciones son factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en esta población en estudio. En un estudio realizado por (Baena et al., 2012), encontró como complicaciones clínicas más comunes: anemia, partos pretérmino, parto instrumental, desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo y muerte materna. En otro estudio que realizó Panduro et al., (2012) encontró con mayor frecuencia rotura de membranas, amenaza de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

La prevalencia de las complicaciones más frecuentes que presentan las gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro., del 1° Enero 2016 al 31 de marzo del 2017, se encontró en primer lugar la amenaza de parto prematuro con un 11.99%, en segundo lugar la rotura prematura de membranas con un 7.23% y en tercer lugar el aborto con un 6.61%.

De las adolescentes embarazadas a las que se les aplicó el instrumento de trabajo, mencionan el 93% lleva un control prenatal adecuado y el 7% no.

La mayoría de las adolescentes refieren tener una inadecuada alimentación baja en proteínas, hierro. La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en las gestantes de bajos recursos económicos ocasionando parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductual.

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones: El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres adolescentes, aún estudiantes de secundaria o preparatoria, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, vida sexual activa, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos y son considerados de alto riesgo reproductivo e incremento de complicaciones durante la gestación como son: infecciones urinarias, anemia, abortos, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas preeclampsia. Estas complicaciones son factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en las adolescentes puesto que poseen los más altos índices de complicaciones obstétricas.

De acuerdo con los datos obtenidos se lograron los objetivos planteados ya que se identificaron las complicaciones maternas durante el embarazo que presentan las adolescentes.

Sugerencias.

Es importante que el personal de enfermería realice las siguientes acciones para reducir los factores de riesgo de embarazos en las adolescentes:

Implementar programas de educación sobre la Salud Sexual Reproductiva para que reciban información sobre las formas de evitar embarazos no deseados y como disminuir los riesgos de adquirir una Infección de Trasmisión Sexual (ITS), incluidas el VIH/SIDA.



Impartir pláticas sobre la importancia que tiene la atención prenatal durante la gestación y la atención especializada durante el parto y la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

Es importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados como médicos y los licenciados de Enfermería y Obstetricia, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

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 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.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados a edades demasiado tempranas. Por lo que recomienda dar cursos sobre planificación familiar a las y los adolescentes.

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 concientizar a los adolescentes sobre la importancia que tiene el cuidado sexual para tener una mejor calidad de vida.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Baena R. A., A. Alba, M. J. Camila. SC. Quiroga, L. Luque. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. ATEM FAM 2012; 19(4) 82-85.
- Canales H. F. Metodología de la Investigación. 1ra. Edición. México: Editorial Limusa; 2011 pág. 327.
- Crispi, F., 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Preeclampsia: control antenatal. Tomo I, Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.
- Cobo, T, y M. Palacio, 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Rotura prematura de membranas. Tomo I, Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.
- De La Gálvez A., C. Murillo. Pobreza y mortalidad materna en Chuquiseaca. Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo. 2010
- De La Gálvez A., C. Murillo. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo. 2010
- Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes, 26 de septiembre del 2012. Gobierno del Estado de Veracruz. Fecha de consulta 20 de agosto 2017, en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/09/Embarazo-Adolescente.pdf>

Edmonds K. Ginecología y obstetricia de Dewhurst. Editorial MCGRAW HILL, edición 7, 2011.

Eixarch, E, A. Goncé, E. Gratacós, 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Gestación gemelar. Tomo I, Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), págs. 74-75

Encuesta Nacional de Población 2005. Cambios de población en México. México: INEGI; 2010

Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), Resultados Nacional, Instituto Nacional de salud Pública, pág. 74, fecha de consulta 16 agosto 2017, en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Figueras, F. y J.C. Ramírez, 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Cribado y predicción de preeclampsia. Tomo I, Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente. Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. 2012.

Guana, M.; R. Coppadona, A.M. Di Paolo, M. P. Grazie, M. D. Piga, M. Vicencio. Enfermería Gineco obstetricia Editores S,A. de C.V Mc Graw Hill Interamericana, Impreso en México. 2010

Gamboa M. C., S. R. Valdés. Embarazo en Adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. Mayo 2013

García M. M, M. Giogertti, M. González, M. Santori , P. Rey, J. Pomata, J. Meritano. Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol 29, núm. 4 octubre-diciembre, 2010 pp. 139-143.

González Quiñones Juan C, Salamanca Preciado Jenny, Quiroz Rivera Ruth M, Hernández Pardo Ángela M., Hernández Rojas Astrid D., y Quesada Núñez Baselink. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. Facultad de Medicina. Fundación Universitaria Juan N Corpas Bogotá, Colombia. Junio 2012

Hacker N. F. Ginecología y obstetricia. Editorial Manual Moderno, Edición 1, 2011

Hernández S. R. Metodología de la Investigación, 6ta edición. México: Editorial MC.- Graw-Hill; 2014 pág. 600

Hernández, S. y J. Bellart, 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Complicaciones graves de la preeclampsia. Tomo I, Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.

Iglesias B. J. L. Medicina Universitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León.mx/43/pdf/95. 2010.

Issler, J. R. Embarazo en la Adolescencia. Revista de posgrado de la Cátedra Vía Medicina N| 107- Agosto 2001, Pagina: 11-23. Fecha de consulta 16 agosto 2017, en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

Johnson J. Y. 2011. Enfermería Materno Neonatal. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México. Pág. 314

López, M. y A. Goncé, 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Otras infecciones emergentes. Tomo I, Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.

Matorrarras W.R., J. Remohí, V. Serra, A. Herruzo, 2012. Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia. Editorial Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires, Argentina.

Mora C. AM., M. V. Hernández. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? Ginecol Obstet Mex 2015; 83:294-301

Morgan O. F., SA. L. Calderón, JI. F. Martínez, A. B. González, E. C. Quevedo. Factores de riesgo asociados con preclamsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2010: 78(3); 153-159

Noguera O. N., H. R. Alvarado. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá Colombia. 2012

Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad Materna. 2012

Organización Mundial de la Salud, 2013. Datos y Cifras, fecha de consulta junio en 2017, en: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/facts/es/index2.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index2.html)

Palacio, M, T., M. Cobo, T. Martínez. 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Amenaza de parto pretérmino. Tomo I, Cursos CLINIC de

Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Editorial Ergon, Universidad de Barcelona.

Panduro B. JG., PM. C. Jiménez, JJ. M. Pérez, EG. M. Panduro, D. M. Peraza, NA. F. Quezada. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(11):694-704.

Plan Estatal de Desarrollo 2011-2015. Gobierno de Guerrero.

Rodríguez G. M.A. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB, vol. 27, núm. 1 enero-junio, 2010, pp. 47-45 Colombia.

## 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 las complicaciones maternas del embarazo en las adolescentes del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Gro. 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 seré 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

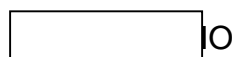
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

FECHA:\_\_\_\_\_

## ANEXO "B" INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



### CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



El presente cuestionario tiene la finalidad identificar las complicaciones maternas del embarazo en las adolescentes. 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.

#### **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
  
2. Estado civil
  - a) Soltera
  - b) Casada
  - c) Divorciada
  - d) Viuda
  
3. Ocupación
  - a) Estudiante
  - b) Ama de casa
  - c) Empleada
4. Con quien vives.



- a) Padres
- b) Madre
- c) Padre
- d) Esposo
- e) Suegros
- f) Otros: Con quien:\_\_\_\_\_

5. Escolaridad
- a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Preparatoria
  - d) Universidad

6. Nivel Socioeconómico
- a) Bajo
  - b) Medio
  - c) Alto

**Datos analíticos.**

7. Cuantos años tenía cuando tuvo su primera menstruación (Menarca)
- a) 10 años
  - b) 11 años
  - c) 12 años
  - d) 13 años
  - e) 14 años
  - f) 15 años

8. ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?
- 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

9. ¿Tuvo problemas familiares que le hicieron buscar pareja?
- a) Si
  - b) No

10. Número de parejas sexuales
- a) 1

- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más

11. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4

12. ¿Conoce algún método de planificación familiar?

- a) Si
- b) No
- c) Cuál: \_\_\_\_\_

13. ¿Ha tenido algún aborto?

- a) Si
- b) No

14. ¿Dentro de tu embarazo has tenido alguna complicación?

- a) Si
- b) No

15. ¿Qué Complicaciones presentaste durante el embarazo?

- a) Preeclamsia
- b) Eclampsia
- c) Infección de vías urinarias
- d) Diabetes gestacional
- e) Anemia
- f) Aborto
- g) Amenaza de parto prematuro
- h) Desprendimiento de placenta
- i) Embarazo gemelar
- j) Rotura prematura de membranas
- k) Otro: \_\_\_\_\_

16. ¿Conoce algún riesgo que pueda presentar durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

17. ¿Conoce los signos de alarma que se pueden presentar en su embarazo?

- a) Si
- b) No

18. ¿Lleva algún control prenatal adecuado?

- a) Si

b) No

19. Presentantes alguna enfermedad de trasmisión sexual.

a) Si

b) No

c) Cual: \_\_\_\_\_

20. Tipo de alimentación que consume durante el embarazo.

	Diario	Cada tercer día	1 vez por semana	Cada mes
Carne				
Leche				
Huevo				
Pan				
Tortilla				
Frijol				
Verduras				
Fruta				
Cereales				

**Gracias por tu participación.**

**ANEXO “C”**

**Cuadro No. 22 Prevalencia de las complicaciones que presentaron las embarazadas adolescentes en el periodo del 1° de enero 2016 al 31 de marzo del 2017.**

<b>Embarazo de termino</b>	<b>Gestas</b>	<b>Semanas de gestación</b>	<b>Complicación</b>
12 años	0	0	0
13 años	0	0	0
14 años	0	0	0
15 años	1 1 1	-- 41.5 39.5	P. fisiol, placenta previa, anemia Oligohidramnios Oligohidramnios
16 años	1 2 1 2 1 1 1 1 1 1	-- 42.1 -- Termino Termino Termino 41.1 Posttermino Termino 41.3	P. pélvica, Il c. cordón Hipomotilidad fetal Preeclampsia Anemia moderada Vaginosis RPM Varices valvares Oligohidramnios, Hipom, Fetal EHE Condilomatosis
17 años	1 1 1 1 1	42 Termino Termino Termino Término	RPM RPM RPM Oligohidramnios RPM
18 años	1 1 2 2 1 1	41.2 -- -- -- 44 42.1	RPM Atonía uterina Restos placentarios EHE Hipomotilidad fetal. EHE
19 años	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Termino 42.5 -- Termino Termino Termino Termino Termino 42 41.1	Anemia severa RPM, Tq. Fetal, condilomas RPM Preeclampsia severa RPM RPM Preeclamsia EHE EHE Oligohidramnios

<b>Embarazo de 38-41 SDG.</b>	<b>Gestas</b>	<b>Semanas de gestación</b>	<b>Complicación</b>
12 años	0	0	-----
13 años	1	40	RPM
14 años	1	38.5	Oligohidramnios
	1	38.5	Hipertensión
	1	38	Eclampsia
	1	41	RPM
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
1	40.2	Trabajo de parto	
15 años	1	38	Oligohidramnios
	1	38	Doble circular cordón
	1	40	Preeclampsia
	1	39.1	RPM
	1	40.1	Taquicardia fetal
	1	40.6	Polihidramnios
	1	38	RPM
	1	38	Variaciones FCF
	1	40.5	Macrosómico
	1	38	RPM
	1	38.2	RPM
	1	38.4	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	38.2	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	37	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
1	41.1	Trabajo de parto	
1	38	Trabajo de parto	
1	39.5	Trabajo de parto	
1	40	Trabajo de parto	
1	39.1	Trabajo de parto	
1	39.6	Trabajo de parto	
1	39.6	Trabajo de parto	
1	39.3	Trabajo de parto	
1	40	Trabajo de parto	

	1	39	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
16 años	1	39.4	RPM
	2	38	Preeclampsia
	1	41.4	Preeclampsia
	1	38.3	Preeclampsia
	1	39.3	Macrosomico
	1	39.3	Hipermotilidad fetal
	1	38	Hipomotilidad
	1	38.6	Parto gemelar
	1	40.3	Preeclampsia
	1	40.4	RPM
	2	41	Producto pélvico
	1	40.1	Taquicardia fetal
	1	38	Bradycardia
	1	38.5	Preeclampsia
	1	38	Circular de cordón
	1	38.2	RPM
	1	38	Preeclampsia
	1	39.3	Preeclampsia
	1	40	EHE
	2	39.1	RPM
	1	38	RPM
	2	38.5	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	1	41	Trabajo de parto
	1	38.1	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38.6	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	38.4	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto

	1	39.4	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	1	38.3	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	2	39.3	Trabajo de parto
	1	38.4	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	3	39.5	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	38.4	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	2	39.5	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
17 años	1	40	RPM
	1	39.4	EHE
	1	40	Prob. SFA
	2	40.1	Eclampsia y epilepsia
	1	39	Sufrimiento fetal
	1	40.1	RPM
	1	39.6	Circular de cordón
	1	39.5	Condilomatosis

	1	39.3	EHE
	1	40.1	Preeclampsia severa
	1	40	Preeclampsia
	1	39.5	EHE
	1	39.1	RPM
	2	40	Preeclampsia leve
	2	40	RPM
	1	41.1	Condilomatosis
	1	40.1	Preeclampsia
	1	39.6	Hipertonía uterina
	2	40.3	Taquicardia fetal
	1	39	Preeclampsia
	1	41.6	RPM
	1	39.5	Doble circular
	1	38.6	RPM, Oligohidramnios
	2	39	Oligohidramnios
	1	38.5	RPM
	4	39.1	RPM
	1	39.1	RPM
	2	39.2	Taquicardia fetal
	1	40.1	RPM
	1	39	C. cordón, hipomotilidad
	1	40.4	Taquicardia fetal
	1	39.5	Oligohidramnios
	1	38	Presentación pélvica
	2	40.6	EHE
	1	38.2	Presentación pélvica
	1	40.2	RPM, circular cordón
	1	41.4	Oligohidramnios
	1	38.1	RPM
	1	38.1	Oligohidramnios, circular cordon
	1	40	EHE
	1	39	RPM
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	1	38-3	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	2	38.1	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	40.5	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto



	2	38.3	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	3	40.1	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39-3	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	2	40.5	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	41.1	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	41.5	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	2	40.4	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	2	39.1	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	1	41.3	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	38.3	Trabajo de parto
	1	38.1	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	1	41.2	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto

	1	40	Trabajo de parto
	2	39.5	Trabajo de parto
	1	38.3	Trabajo de parto
	1	38.1	Trabajo de parto
	2	40	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	2	40	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	38.4	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	2	38.1	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
18 años	1	38.6	Oligohidramnios
	1	39.4	Producto transverso
	1	41	EHE
	1	39.4	RPM
	1	39.2	RPM
	1	38.5	Oligohidramnios
	1	40	RPM, EHE
	1	41.4	Oligohidramnios sev
	1	39	Preeclampsia, EHE
	1	40	Bradycardia
	1	39.3	Preeclampsia severa
	1	39.2	EHE
	2	39	Circular cordon
	1	39	Oligohidramnios
	2	39	Taquicardia fetal
	2	38.2	RPM
	2	38.5	Bradycardia
	1	38.6	Preeclamsia severa
	1	38.3	Síndrome de hell
	1	41.2	Oligohidramnios
	1	38.3	Preeclampsia
	1	39.1	RPM
	1	38.5	RPM
	1	39	Oligohidramnios
	1	40	Taquicardia fetal
	1	39	RPM
	2	38.4	IRA
	1	39	Diabetes gestacional
	2	40.1	Oligohidramnios
	1	38.2	Anemia

	1	40	Preeclampsia
	2	39	Enf. HEIlp
	1	41.2	Oligohidramnios
	1	41.4	RPM
	2	38	RPM
	1	40.3	RPM
	1	40.3	RPM
	2	39.3	Oligohidramnios
	-	40.3	Preeclampsia severa
	1	40.1	Preeclampsia
	2	39.5	RPM
	1	38.5	RPM
	1	41	Preeclampsia
	1	40.1	Preeclampsia
	1	39	RPM
	1	38.4	Preeclampsia
	2	40	Oligohidramnios
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	2	39.2	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	39.4	Trabajo de parto
	2	38.1	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	39.3	Trabajo de parto
	3	39.5	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	2	41	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	2	38.2	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	2	39.1	Trabajo de parto
	--	40	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	2	38.2	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto

	1	39	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	2	38.2	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	2	40.2	Trabajo de parto
	2	41.1	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	38.3	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	41	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	41.3	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	1	41	Trabajo de parto
	1	41	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	2	39.5	Trabajo de parto
	--	40.1	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	2	40	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
19 años	1	38.5	RPM
	1	38	RPM
	2	39	RPM
	1	41	Macrosomico
	2	40	EHE

	2	38	EHE
	1	40.5	RPM
	1	38	Preeclampsia
	1	39.4	RPM
	--	39.4	EHE
	1	40.1	RPM
	1	41.5	Oligohidramnios
	1	39.2	R.P.M
	1	41.2	Oligohidramnios
	1	38.5	EHE
	1	40	Oligohidramnios severa
	1	41.4	RPM
	1	41.2	Oligohidramnios severo
	1	40	EHE
	1	38.5	RPM
	1	40	EHE
	2	39.5	RPM
	2	38.6	Bradycardia
	1	38.5	Taquicardia fetal
	1	39.3	Preeclampsia
	3	41.3	Hipomotilidad fetal
	1	40.4	Variación en la FCF
	1	39	RPM
	1	39	EHE
	1	41	Oligohidramnios
	1	39	Presentación pélvico
	1	39.5	Presentación pélvico
	1	38.3	RPM
	2	38.3	Presentación pélvica
	1	40.6	Oligohidramnios
	1	38	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39.2	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	40.3	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	2	39.4	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	3	41	Trabajo de parto

	1	39	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	2	38.4	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	4	38.4	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	--	39.4	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	3	40	Trabajo de parto
	2	40	Trabajo de parto
	2	38.5	Trabajo de parto
	2	38.3	Trabajo de parto
	2	39.2	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	1	38.6	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	2	38.1	Trabajo de parto
	2	39.2	Trabajo de parto
	2	38.1	Trabajo de parto
	2	38	Trabajo de parto
	2	39.1	Trabajo de parto
	2	40	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	2	38.2	Trabajo de parto
	2	39.6	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	2	40	Trabajo de parto
	2	39.4	Trabajo de parto
	3	41	Trabajo de parto
	1	41.2	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40.2	Trabajo de parto
	1	38.5	Trabajo de parto
	2	40.2	Trabajo de parto

	2	41	Trabajo de parto
	1	39.6	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	2	38.4	Trabajo de parto
	1	39.5	Trabajo de parto
	1	40.1	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	2	39	Trabajo de parto
	2	38.2	Trabajo de parto
	1	41	Trabajo de parto
	1	39.1	Trabajo de parto
	--	39.1	Trabajo de parto
	1	38.2	Trabajo de parto
	1	39.4	Trabajo de parto
	1	38	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	39	Trabajo de parto
	2	40.4	Trabajo de parto
	2	40.1	Trabajo de parto
	1	40.5	Trabajo de parto
	1	40.4	Trabajo de parto
	1	40	Trabajo de parto

<b>Embarazo de pretérmino tardío de 34-37 semanas de gestación</b>	<b>Gestas</b>	<b>Semanas de gestación</b>	<b>Complicación</b>
12 años	0	0	0
13 años	1	35.5	Parto prematuro
	1	36	Oligohidramnios, EHE
14 años	1	37	Presentación pélvica
	1	34.1	Eclampsia
	1	37	RPM
	1	37.1	RPM
	1	35.4	Cervicovaginitis
	1	37.4	Hipomotilidad fetal
	2	36.3	Parto prematuro
	1	37.5	Parto prematuro
	1	37	Parto prematuro
	1	36.5	Parto prematuro
	1	37.1	Parto prematuro
15 años	1	34.3	RPM

	1	34.4	Placenta previa
	1	35	RPM
	1	37.5	RPM
	1	36.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	36	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	36	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	33.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	31	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.3	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.2	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.5	Amenaza de Parto prematuro
	2	35.6	Amenaza de Parto prematuro
	--	34	Amenaza de Parto prematuro
16 años	1	36.5	Preeclampsia leve
	1	36.5	Oligohidramnios
	1	37	RPM, Preeclampsia leve
	1	37	Doble circular cordón
	1	10	Embarazo embrionario
	1	36	RPM
	1	34	Preeclampsia
	1	36-2	Cervicovaginitis
	1	37.5	Amenaza de parto prematuro
	1	37.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	34	Amenaza de Parto prematuro
	1	35.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	39.6	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	36	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.6	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.6	Amenaza de Parto prematuro
	2	35.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	--	36	Amenaza de Parto prematuro
17 años	1	33.5	Preeclampsia
	2	35.4	Pielonefritis



	2	--	Parto prematuro
	2	37.2	Placenta previa
	1	37.5	Oligohidramnios sev
	1	36.3	Oligohidramnios sev.
	2	37	Preeclampsis
	1	37.6	RPM
	1	34	Preeclampsia complicada
	1	35	Placenta previa
	1	37.4	RPM
	-	36.5	Placenta previa
	1	35-1	Parto prematuro
	1	35.5	Amenaza de parto prematuro
	1	36.1	Amenaza de Parto prematuro
	--	34.3	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.1	Amenaza de Parto prematuro
	2	37	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.2	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	35.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.2	Amenaza de Parto prematuro
	1	35.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	35	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	2	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.6	Amenaza de Parto prematuro
	2	35.2	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	2	36.5	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.4	Amenaza de Parto prematuro
18 años	1	36.3	RPM
	1	35.3	Preeclamsia
	1	36.5	Preeclamsia
	1	35.6	Preeclampsia, oligohidramnios.
	1	37.3	Preeclampsia leve
	2	37.6	EHE
	1	36.2	RPM
	1	35.5	Preeclampsia
	1	--	RPM
	1	37	RPM
	1	37	RPM
	1	--	Aborto incompleto
	1	36.3	Anemia moderada
	1	37.4	Oligohidramnios
	1	34.2	Presentación pélvica
	2	36.6	RPM

	1	37	Preeclampsia
	3	35.5	Presentación pélvica
	1	--	RPM
	1	33.4	Candidiasis vaginal
	2	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	2	34.6	Amenaza de Parto prematuro
	3	37.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.4	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	37-1	Amenaza de Parto prematuro
	1	36	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	2	36	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	36.5	Amenaza de Parto prematuro
	3	37.3	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.6	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	35-1	Amenaza de Parto prematuro
19 años	1	34	RPM
	1	34	RPM
	1	37.2	Eclampsia
	1	37	RPM
	1	34.4	Preeclampsia severa
	1	35.5	Eclampsia
	1	35	Preeclampsia severa
	1	36	RPM
	1	36.5	Oligohidramnios
	1	37	Taquic. Fetal, doble cordon unb.
	2	35.3	Preeclampsia
	1	35.5	Condilomatosis
	1	36	Condilomas genital
	2	36	Pielonefritis
	1	37	RPM, EHE
	2	35.4	Parto gemelar
	2	36	Anemia moderada
	1	37	Posición pélvica
	1	35.1	Oligohidramnios
	1	35	RPM
	2	37.7	Preeclampsia severa
	1	34	Parto gemelar
	1	36	RPM
	1	35.1	Amenaza de Parto prematuro
	2	37-1	Amenaza de Parto prematuro
	1	37-2	Amenaza de Parto prematuro

	3	33.6	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.6	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.1	Amenaza de Parto prematuro
	1	36	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	2	33.6	Amenaza de Parto prematuro
	2	34.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	37	Amenaza de Parto prematuro
	5	35	Amenaza de Parto prematuro
	3	37.2	Amenaza de Parto prematuro
	2	34	Amenaza de Parto prematuro
	1	34.4	Amenaza de Parto prematuro
	1	37.6	Amenaza de Parto prematuro
	3	37	Amenaza de Parto prematuro
	1	35.2	Amenaza de Parto prematuro
	2	37.5	Amenaza de Parto prematuro
	1	35.4	Amenaza de Parto prematuro

<b>Embarazo de 24-34 semanas de gestación</b>	<b>Gestas</b>	<b>Semanas de gestación</b>	<b>Complicación</b>
12 años	0	0	0
13 años	0	0	0
14 años	1	32	Preeclampsia Severa
	1	26	Placenta previa
15 años	1	33	RPM
	1	33.4	Preeclampsia sev./eclampsia
	1	29.6	Placenta previa total
	1	31	Amenaza de aborto
	1	32	Amenaza de aborto
	1	27.1	Amenaza de aborto
	1	25	Amenaza de aborto
	1	31	Amenaza de aborto
	1	29.5	Amenaza de aborto
16 años	1	24	Pielonefritis
	1	32	Cervicovaginitis
	1	32.5	Oligohidramnios
	1	32	EHE
	1	33	Cervicovaginitis
	1	33	Preeclampsia
	1	28.1	Preeclampsia
	1	33.1	Amenaza de aborto

	1	33	Amenaza de aborto
	2	33	Amenaza de aborto
	1	31	Amenaza de aborto
	1	24.5	Amenaza de aborto
	1	30.3	Amenaza de aborto
	1	33	Amenaza de aborto
	1	29.4	Amenaza de aborto
	1	32	Amenaza de aborto
	1	31.1	Amenaza de aborto
	2	25	Amenaza de aborto
17 años	1	30	Preeclampsia
	1	33.3	Placenta previa
	1	32.5	Vaginitis
	1	30.4	Embarazo gemelar
	1	24.1	Cervicovaginitis
	2	31.4	Amenaza de aborto
	1	32	Amenaza de aborto
	1	25	Amenaza de aborto
	1	33	Amenaza de aborto
18 años	1	26	Pielonefritis
	1	34.3	Oligohidramnios
	2	31	Situación transversa
	1	32	Preeclampsia
	1	32.1	Anemia
	1	34	Amenaza de aborto
	2	31	Amenaza de aborto
	1	28.6	Amenaza de aborto
	1	32.6	Amenaza de aborto
	1	32	Amenaza de aborto
	2	34	Amenaza de aborto
	2	31.5	Amenaza de aborto
	2	27.2	Amenaza de aborto
	1	31	Amenaza de aborto
	1	27.1	Amenaza de aborto
	2	31.3	Amenaza de aborto
19 años	2	32.5	Oligohidramnios
	1	29.6	Placenta previa
	1	32.6	Preeclampsia
	2	34.5	Cervicovaginitis
	2	29.4	Cervicovaginitis
	1	32	Óbito fetal
	1	31.5	Preeclampsia
	2	26.5	RPM
	1	27	Amenaza de aborto
	--	28	Amenaza de aborto
	2	29.4	Amenaza de aborto

	1	33.2	Amenaza de aborto
	1	25	Amenaza de aborto
	2	32.3	Amenaza de aborto
	5	29.6	Amenaza de aborto
	2	34	Amenaza de aborto
	2	33.3	Amenaza de aborto
	1	31.5	Amenaza de aborto
	1	32.6	Amenaza de aborto
	3	33	Amenaza de aborto
	1	33	Amenaza de aborto
	1	30	Amenaza de aborto

<b>Embarazo de menos de 24 semanas de gestación</b>	<b>Gestas</b>	<b>Semanas de gestación</b>	<b>Complicación</b>
12 años	0	0	0
13 años	1	--	Emb. Anembrionico
	1	--	Aborto incompleto
14 años	1	8	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	22.2	Placenta previa
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto diferido
	1	20	Amenaza de aborto
15 años	1	12	Aborto
	1	22.3	Traumatismo obstétrico
	1	8	Aborto incompleto
	1	6	Amenaza de aborto
	1	--	Aborto incompleto
	1	19	Aborto inevitable
	1	15	Embarazo gemelar
	1	--	Aborto
	1	--	Aborto diferido
	1	--	Aborto inevitable
	3	12	Aborto
	1	--	Aborto diferido
	2	--	Aborto
1	21	Amenaza de aborto	
16 años	2	18.5	Amenaza de aborto
	1	17	Pb. IUU
	2	23	Aborto en evolución
	1	--	Huevo muerto retenido
	1	--	Aborto en evolución
	1	12	Aborto en evolución

	F	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto diferido
	1	17.5	Aborto
	1	6.4	Aborto
	1	--	Aborto en evolución
	1	14.4	Amenaza aborto vaginitis
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	7	Huevo muerto retenido
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto diferido
	1	13.5	Hiperémesis gravídica
	1	13.4	Pielonefritis aguda
	1	--	Embarazo ectópico
	1	11.5	Aborto incompleto
	2	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	11	Aborto diferido
	1	6.2	Amenaza de aborto
	2	--	Embarazo anembrionico
	1	21.4	Amenaza de aborto
17 años	1	17	Amenaza de aborto
	1	-	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	8.2	Embarazo anembrionico
	2	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Embarazo anembrionico
	1	--	Aborto incompleto
	2	--	Aborto incompleto
	1	16	Aborto, malformac. congenitas
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto en evolución
	2	--	Huevo muerto retenido
	2	--	Aborto en evolución
	1	--	Amenaza aborto
	1	--	Emb. Anembrionico
	1	11.3	Amenaza de aborto
	2	--	Parto fortuito
	1	--	Huevo muerto retenido
	1	--	Huevo muerto retenido
	1	--	Aborto incompleto
	2	--	Aborto incompleto
18 años	1	-	Aborto diferido

	1	-	Huevo muerto retenido
	2	23.5	Oligramnios menor
	1	13	Aborto
	2	18	Aborto incompleto
	1	8.1	Amenaza aborto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	2	--	Huevo muerto retenido
	1	19	Amenaza de aborto
	2	--	Embarazo anembrionico
	3	--	Aborto diferido
	1	--	Aborto incompleto
	2	23.6	Cervicovaginitis
	1	13.2	Aborto en evolucion
	1	--	Aborto en evolucion
	1	16.5	Cervicovaginitis A Aborto
	2	14	Amenaza de aborto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	2	--	Huevo muerto retenido
	1	--	Aborto incompleto séptico
	-	--	Embarazo anembrionico
	1	14.3	EHE
	1	7.3	Amenaza de aborto
	3	--	Aborto incompleto
	2	--	Huevo muerto retenido
	2	21	Amenaza de aborto
	2	14	Cervicovaginitis
	--	23.5	Amenaza de aborto
	1	19	Amenaza de aborto
	1	23	Amenaza de aborto
19 años	2	16.3	Cervicovaginitis
	1	9.0	Huevo muerto retenido
	2	--	Huevo muerto retenido
	1	10.3	Aborto séptico
	1	19	Epilepsia
	1	--	Aborto en evolucion
	2	18.4	Amenaza aborto
	1	--	Aborto en evolucion
	1	--	Huevo muerto retenido
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	2	--	Emb. Molar embrionario
	1	--	Óbito
	1	12.5	Aborto diferido
	1	--	Aborto diferido

	1	--	Aborto diferido
	2	7	Aborto incompleto
	2	--	Aborto incompleto
	2	--	Amenaza de aborto
	1	5.5	Amenaza de aborto
	4	7.1	Aborto incompleto
	1	16.1	Cervicovaginitis
	3	--	Embarazo anembrionico
	1	--	Huevo muerto retenido
	1	21	Cervicovaginitis
	3	--	Aborto incompleto
	2	7.4	Embarazo anembrionico
	2	13	Amenaza de aborto
	1	--	Aborto incompleto
	1	--	Aborto incompleto
	1	13.6	Amenaza de aborto
	4	--	Aborto en evolución
	1	21	Amenaza de aborto