



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

---

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRINCIPALES CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE  
DE LA COLONIA C.N.O.P**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C.KRIS KRISTOFFERSON HURTADO REBOLLEDO**

Asesor:

**LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez**

Iguala de la Independencia. Gro., Septiembre 2018



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 DE IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRINCIPALES CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE DE LA  
COLONIA C.N.O.P**

**TESIS**

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

Presenta:

C.KRIS KRISTOFFERSON HURTADO REBOLLEDO

Dirigido por:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

**SINODALES**

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez \_\_\_\_\_

Presidente

LIC. ENF. Concepción Brito Romero \_\_\_\_\_

Secretario

MCE. Virginia Hernández García \_\_\_\_\_

Vocal

## RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de la colonia C.N.O.P. de Iguala Guerrero, en esta comunidad se cuenta con un total de 5321 habitantes, de los cuales 2350 pertenecen al grupo masculino y 2971 al grupo femenino. Donde se tomó como muestra de estudio a la población conformada por 28 adolescentes entre 14 y 19 años siendo **un 1.20 % adolescentes**, mujeres que actualmente radican en esta colonia. Fue de tipo no probabilístico por conveniencia por porcentaje de la población adolescente. Se utilizó un instrumento de tipo transversal, el cual cuenta con un consentimiento informado, datos de la persona encuestada, con 12 ITEMS de las cuales 2 pertenecen a preguntas abiertas y 10 a opción de sí o no. Los resultados se obtuvieron mediante el instrumento de medición SPSS versión 22, de los cuales se obtuvo que el 29% de las adolescente cuenta con una edad de 15 años; el 21% está entre el 16 y 19 años; el 18% 17 años; el 7% 18 años; el 4% 14 años ;el 82% su embarazo no fue planeado, el 18% si lo planea; el 54% vive en unión libre; el 39% es soltera y 7% casada; el 58% tiene estudios de secundaria, el 38% preparatoria y el 4% primaria; el 79% cuenta con un nivel socioeconómico medio y el 21% bajo; el 57% estudiaba antes de embarazarse y el 43% ya no estudiaba; el 75% recibe apoyo de sus padres y el otro 25 no reciben apoyo; es preocupante saber que el 57 % Inicio su vida sexual activa a los 15 años, el 18% a los 14 años, el 11% a los 17 años, el 7% a los 16 años y el 3.5% a los 19 y 13 años; como a su vez es preocupante que el 29% ha tenido más de 3 parejas sexuales, el 39% dos parejas sexuales y el 32% una sola pareja. En base a todas las preguntas se llegó a la conclusión de que el embarazo en adolescentes en la colonia C.N.O.P está en crecimiento lo cual nos dice que hace falta reforzar los conocimientos y hacer un plan para que todas las adolescentes puedan tener conciencia acerca del embarazo y saber cuáles son las consecuencias de un embarazo a su edad.

**Palabras clave:** Adolescencia, embarazo, signo de alarma.

## SUMMARY

The present investigation was carried out in the Health Center of the colony C.N.O.P. of Iguala Guerrero, in this community there are a total of 5321 inhabitants, of which 2350 belong to the male group and 2971 to the female group. Where was taken as a study sample to the population made up of 28 adolescents between 14 and 19 years old being 1.20% adolescents, women who currently reside in this colony. It was a non-probabilistic type of convenience due to the percentage of the adolescent population. A transverse type instrument was used, which has an informed consent, data from the person surveyed, with 12 ITEMS of which 2 belong to open questions and 10 to yes or no option. The results were obtained through the measurement instrument SPSS version 22, from which it was obtained that 29% of the adolescents have an age of 15 years; 21% are between 16 and 19 years old; 18% 17 years; 7% 18 years; 4% 14 years, 82% her pregnancy was not planned, 18% if she plans it; 54% live in a free union; 39% are single and 7% married; 58% have high school studies, 38% preparatory and 4% primary; 79% have an average socioeconomic level and 21% low; 57% studied before getting pregnant and 43% were no longer studying; 75% receive support from their parents and the other 25 receive no support; It is worrisome to know that 57% started their active sexual life at 15, 18% at 14, 11% at 17, 7% at 16, and 3.5% at 19 and 13. years; As in turn, it is worrying that 29% have had more than 3 sexual partners, 39% have two sexual partners and 32% have only one partner. Based on all the questions, it was concluded that teenage pregnancy in the CNOP colony is growing, which tells us that it is necessary to reinforce knowledge and make a plan so that all adolescents can be aware of pregnancy and Know what are the consequences of a pregnancy at your age.

**Keywords:** Adolescence, pregnancy, alarm sign.

## DEDICATORIA

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Rosa Rebolledo Torres

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A mi padre Carmelo Hurtado Miranda

Por los ejemplos de perseverancia, disciplina y constancia que te caracterizan y que me has infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su apoyo incondicional que siempre me ha brindado.

Los quiero con todo mi corazón y este trabajo que me llevo un año hacerlo es para ustedes, por ser el más grande de sus hijos aquí esta lo que ustedes me brindaron, solamente les estoy devolviendo poco de lo mucho que ustedes me dieron en un principio.

A mi hermano Jair por estar siempre conmigo apoyándome, y a pesar de las peleas seremos hermanos y siempre estaremos juntos.

Kris Kristofferson Hurtado Rebolledo

## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Rosa y Carmelo por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener esta excelente educación, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

Y por último a mis jefas del servicio social

Lic. Enfra. Dulce Roa Peralta

Por siempre haberme brindado su apoyo durante mi servicio social, por defender mis derechos como pasante, ser amable conmigo y darme la libertad de preguntar y aprender de ella, por tener siempre una enorme paciencia conmigo, por preocuparse por mí en momentos que lo requerían, quiero agradecer todos los buenos consejos que me ofreció, por todos los buenos momentos que compartí durante mi pasantía y por capacitarme ya que esto me será de gran ayuda en mi vida profesional.

Dra. Adanely Adán Almazán

Por la confianza que siempre me brindo, por el ambiente de trabajo y colaboración durante mi pasantía, por los buenos consejos que siempre mencionaba así como el apoyo que me brindo para seguir adelante en momentos difíciles durante mi pasantía.

M.S.P Aouda Patricia Castorena

Por siempre darme la paciencia requerida en los momentos que se necesitó, por haberme dado la confianza de poder trabajar con ella, por brindarme todas las facilidades durante mi pasantía y sobre todo enseñarme a trabajar de manera más positiva y relajada.

Quienes son como una familia para mí, quienes me han motivado durante mi formación profesional.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Mi más grande admiración.

Kris Kristofferson Hurtado Rebolledo

# INDICE

	Pág.
Resumen.....	i
Summary.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice.....	vi
Índice de cuadros.....	viii
I.-Introducción.....	1
1.1.- Planteamiento Del Problema.....	3
1.2 Justificación.....	7
1.3 Objetivos.....	9
II.- Revisión De La Literatura.....	10
2.1 Adolescencia.....	10
2.2 Salud Sexual Y Reproductiva.....	12
2.2.1 Sexualidad.....	13
2.2.2 Salud Sexual.....	13
2.2.3 Salud Reproductiva.....	13
2.3 Embarazo Adolescente.....	14
2.4 Consecuencias Embarazo Adolescente.....	14
2.5 Causas Embarazo Adolescente.....	16
2.6 Embarazo.....	17
2.7.Cambios Fisiológicos Durante El Embarazo.....	18
2.7.1 Modificaciones En La Composición Corporal Y Ganancia De Peso.....	18
2.7.2 Modificaciones Circulatorias.....	19
2.7.3 Modificaciones En La Piel.....	19
2.7.4 Modificaciones En El Aparato Urinario.....	20
2.7.5 Modificaciones En El Aparato Digestivo.....	20
2.7.6 Modificaciones Del Aparato Respiratorio.....	21
2.7.7 Modificaciones En El Metabolismo.....	21
2.7.8 Cambios Fisiológicos De Mamas.....	22
2.7.9 Cambios Esqueléticos.....	22
2.7.10 Modificaciones Den Sistema Nervioso Central Y Periférico.....	30
2.8 Factores De Riesgo Antes, Durante El Embarazo Y Después Del Parto.....	23
2.8.1 Nivel Socioeconómico.....	23
2.8.2 Violencia Durante El Embarazo.....	24
2.8.3 Adicciones.....	24
2.8.4 Obesidad.....	26
2.8.5 Multiparidad.....	26
2.8.6 Periodo Intergenésico.....	27
2.8.7 Talla Baja.....	28

2.8.8 Madre Adolescente.....	29
2.9 Complicaciones Maternas.....	30
2.9.1 Placenta Previa.....	30
2.9.2 Desprendimiento Prematuro De Placenta.....	31
2.9.3 Preeclampsia.....	33
2.9.4 Eclampsia.....	34
2.9.5 Síndrome De HELLP.....	37
2.9.6 Anemia.....	38
2.9.7 Diabetes Gestacional.....	41
2.9.8 Malformaciones Congénitas.....	43
2.9.9 Presentación Pélvica.....	46
2.9.10 Aborto.....	47
2.9.11 Hiperémesis Gravídica.....	49
2.9.12 Parto Prematuro.....	49
2.9.13 Gestación Gemelar.....	50
2.9.14 Hemorragia Obstétrica.....	51
2.10 Infecciones De Trasmisión Sexual.....	52
2.10.1 Infección Por Clamidia.....	52
2.10.2 Gonorrea.....	53
2.10.3 Herpes Genital.....	54
2.10.4 Sífilis.....	56
2.10.5 Virus VIH.....	57
2.10.6 TORCH.....	59
2.11 Muerte Materna.....	61
III.- Metodología.....	65
IV.- Resultados Y Discusión.....	73
V.- Conclusión Y Sugerencias.....	87
VI.-Bibliografía.....	89
VII.- Anexos.....	102
Anexo A "Consentimiento Informado".....	102
Anexo B "Instrumento De Medición".....	103
Anexo C "Ofició Para Llevar A Cabo Investigación En C.S. C.N.O.P.....	106
Anexo D "Datos Estadísticos Gráficos".....	107

## INDICE DE CUADROS

	Pág.
4.1 Grupo De Edad.....	107
4.2 Embarazo Planeado.....	107
4.3 Estado Civil.....	108
4.4 Escolaridad.....	108
4.5 Nivel Socioeconómico.....	109
4.6 Estudiaba Antes Del Embarazo.....	109
4.7 Apoyo De Los Padres.....	110
4.8 Edad Inicio Vida Sexual Activa.....	110
4.9 Número De Parejas Sexuales.....	111
4.10 Apoyo Por Parte De La Pareja.....	111
4.11 Conocimiento Sobre Métodos De Planificación Familiar.....	112
4.12 Conocimientos Sobre Métodos Planificación Familiar De Pareja.	112
4.13 Consumo De Alcohol O Drogas.....	113
4.14 Conocimiento De Signos Y Síntomas De Alarma En El Embarazo.....	113
4.15 Motivo Por El Cual Se Embarazo.....	114
4.16 Lleva Su Control Prenatal.....	114

## I. INTRODUCCION

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad (Fosado Álvarez. et. al 2010).

En el último año el tema de embarazo adolescente ocupa un espacio importante en la agenda pública y mediática del país. Esto es así porque su incidencia desde el 2006 va en aumento, no obstante, los esfuerzos hechos por las instituciones educativas y de salud del país. Además en los sectores rurales, sobre todo en poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria del país constituye un problema de salud pública y social, por las consecuencias múltiples que ello implica, en la atención del adolescente y del infante (SSA. 2012).

El embarazo durante la adolescencia es considerado como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes (Fosado Álvarez. et. al 2010)

Los índices de embarazos y nacimientos en adolescentes varían según la región debido a diferentes causas, entre ellas se puede nombrar, actividad sexual, educación sexual, accesos a los servicios de anticoncepción y abortos, control de natalidad, atención prenatal alta, etc. Si bien, las causas de embarazos en adolescentes son amplias y complejas, variando entre distintos grupos culturales y étnicos, nuestras actitudes sociales sobre la actividad sexual y la anticoncepción sexual, complica la prevención de embarazos en adolescentes. En la actualidad, la población mundial estimada es 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. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad (INEGI, 2010).

En las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita a la familia, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas; con el transcurso del tiempo, y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades con la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes (Huerta, 2012).

## 1.1 Planteamiento del problema

El embarazo en las adolescentes representa un problema de salud pública, sobre todo porque el mayor porcentaje de población tanto a nivel nacional como a nivel mundial está compuesta por jóvenes. Debido a que la adolescencia es una etapa de crisis para el individuo, en la cual la familia juega un papel muy importante, ya que de ésta va a depender el éxito o fracaso con que el individuo supere dicha crisis (Reyes & Ma. De Socorro, 2012).

A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, esto representa un desafío para el país y para el estado de Guerrero en el inicio del tercer milenio, adolescentes entre 12 y 18 años de edad, están en riesgo de abandonar la primaria y la secundaria por estar embarazadas, de acuerdo con cifras obtenidas por la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2011).

A nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. El 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo. Nigeria. En este país se dan más de 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes, cifra que lo posiciona a la cabeza, en todo el mundo, respecto a este problema (UNICEF, 2018).

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5

nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana.

#### Embarazo adolescente en números

- La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe están en América Central, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá.
- Las tasas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe van de 15.8 cada 1000 mujeres a 100,6 cada 100 mujeres para el período 2010-2015.
- Las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá se sitúan por debajo del promedio mundial y han descendido en forma sostenida durante el último decenio.
- En Estados Unidos, se registró una disminución record de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos étnicos, con un descenso del 8% entre 2014 y 2015, hasta un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.
- En el mundo, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y 2 millones de adolescentes menores de 15 años.
- De las 252 millones de adolescentes entre 15 y 19 años que vive en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se estima que unos 38 millones están sexualmente activas y no desean tener hijos en los siguientes dos años.
- Cerca de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo moderno; las 23 millones restantes necesitan acceso y no lo tienen, por lo que están en riesgo de tener un embarazo involuntario.
- Cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes de 15 a 19 años permitiría evitar cada año 2,1 millones de

nacimientos no planificados; 3,2 millones de abortos y 5,600 muertes maternas (UNICEF, 2016.).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15, dan a luz cada año. En este contexto, México tiene el primer lugar a nivel mundial. Tres millones de adolescentes entre 15 y 19 años se practican abortos inseguros o clandestinos en el mundo para interrumpir un embarazo no deseado, acción que pone en riesgo su salud. (Díaz, 2018).

Entre 2009 y 2014 incrementó de manera significativa la tasa de fecundidad de las adolescentes entre 15 a 29 años, pasando de 70.9 nacimientos por cada 1000 mujeres en ese grupo de edad en 2009 a 77 nacimientos en 2014. El promedio de edad en que las adolescentes inician su vida sexual en México es a los 15.9 años. (INEGI, 2014).

Los embarazos de mujeres adolescentes se vinculan a la muerte materno-infantil, y al aborto. La deserción escolar en mujeres es altamente significativa, en el periodo de 2000 a 2012 tuvo un incremento de 266 por ciento al pasar de 135 287 a 360 800 mujeres jóvenes, quienes pese a estar incluidas en el Programa de Becas de Apoyo a la educación básica de madres jóvenes y jóvenes embarazadas (Promajoven) no concluyeron su educación básica. En el caso del empleo la situación no es diferente pues la falta de escolaridad no permite una mejor remuneración. Esta falta de alternativas para cubrir las necesidades que tiene la adolescente embarazada y el hijo o hija que está por nacer, reproduce el círculo de pobreza, o lo inicia cuando la economía doméstica no permite dar protección por la falta de empleo o un ingreso

muy reducido lo anterior conduce a tener condiciones de explotación por parte de quienes contratan menores (Villalobos et al, 2015).

El secretario de Salud en Guerrero, Carlos de la Peña Pintos reveló que en el estado de cada 100 embarazos el 23 por ciento son mujeres adolescentes, reveló que en el 2017 los nacimientos en menores de 15 años fueron 433 y de 15 a 19 años fueron 12 mil 440 nacimientos en mujeres de esta edad, la edad mediana de la primer relación sexual en el 2014 fue de 17.6 años de edad, en Guerrero y la edad promedio al uso del primer método anticonceptivo es a los 22.5 años, siendo a nivel nacional los 21.5 años.

El director del hospital general Vicente Guerrero del IMSS Acapulco, quien dijo que el embarazo en los adolescentes es un tema y un problema de salud muy importante, en donde en estadísticas se reveló que 3 de cada 10 embarazos suceden en adolescentes, grupos menores de 18 a 16 años, encontrando también embarazos a los 11 y 12 años (Ortiz, 2018).

En Guerrero el 24 por ciento de los embarazos son en adolescentes de acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud en Guerrero. La edad media en la que los jóvenes inician su vida sexual es a los 17.6 años y la primera vez que utilizan un método anticonceptivo es a los 22.5 años, por lo que consideró que son cinco años los que tiene relaciones sexuales sin protección, lo que significa que pueden tener entre uno o dos hijos en ese lapso. Informó que en 2015 se produjeron mil 681 embarazos en menores de 15 años y 18 mil 843 en jóvenes de entre 15 a 19 años; en el 2016 se embarazaron mil 638 menores de 15 años y 18 mil 665 de 15 a 19 años. Los municipios con mayor número de casos son Acapulco, Chilpancingo e Iguala, además de la región de la Montaña (Labastida, 2017).

## 1.2 Justificación

El incremento en los índices de adolescentes embarazadas dentro del sistema educativo ha generado gran preocupación en las autoridades que manejan el tema de la infancia en México; principalmente para la secretaria de Educación Pública. Cuando un embarazo ocurre en el periodo de la adolescencia, se presenta una mayor exigencia dentro de la vida de la mujer embarazada, ya que, además de afrontar los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la edad, debe enfrentar el proceso de gestación y maternidad, lo que puede colocarla en una situación de vulnerabilidad, sin dejar de lado la realidad que vive en la parte educativa.

La razón por la cual nos interesamos en investigar sobre las causas que llevan a las adolescentes al embarazo es porque se ha convertido en un problema social y económico a nivel nacional además que es un tema de mucho valor ya que ser madre a temprana edad no implica solo problemas económicos y familiares sino también un problema de salud, debido a que podrían ser muchas las consecuencias que se presentan tanto para el bebe como para la madre durante el embarazo, así como también son mayores las posibilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto (SEP, 2011).

Frecuentemente, se hace referencia al embarazo adolescente como el problema en sí mismo, sin tomar en cuenta las condiciones en las cuales se produjo, donde prevalece la falta de información, el inadecuado manejo de la sexualidad, falta de apoyo familiar, no acceso a servicios de salud, las limitadas oportunidades que se les presenta a estas jóvenes para construir sus proyectos de vida, entre otras condiciones.

Los embarazos en la adolescencia van en aumento y es necesario no cerrar los ojos a esta realidad, uno de los factores más importantes para no enfrentar este tipo de situación es la comunicación con nuestros padres, profesores e incluso entre nosotros mismos. Más del 70% de los jóvenes tienen información equivocada sobre la sexualidad. Esto hace que trasciendan muchas consecuencias para la pareja. Sin embargo hoy sabemos que desde el momento que se ha quedado embarazada cualquiera que sea su decisión está expuesta a importantes consecuencias no solo orgánicas sino también psicológicas, sociales, económicas, educativas, laborales (OMS, 2012).

Estudiar este tema es importante ya que se encuentra muchas causas entre las falta de docentes en las unidades educativas en materia de sexualidad, el desempleo, la pobreza, desunión familiar, la soledad e incomprensión de una comunidad que mal entiende a los adolescente, la tecnología que trae consigo una mal interpretación de libertad y en especial de las jóvenes que muchas veces asumen que lo que hacen es lo ellas cree que es lo correcto y luego las consecuencias son nefastas (SEP, 2011).

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Identificar los factores que inciden en el aumento de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años de edad en la colonia C.N.O.P de agosto 2017 a agosto 2018 y fortalecer conocimientos débiles en educación sexual y reproductiva en los adolescentes y padres de familia a través de un proceso formativo para prevenir embarazos a temprana edad.

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar de manera exacta cuales son los factores que llevan a los adolescentes de la colonia C.N.O.P al embarazo a temprana edad.
- Puntualizar factores de riesgo que predisponen a problemas obstétricos en embarazo de adolescentes.
- Identificar las características de las adolescentes embarazadas tales como; edad, estado civil, escolaridad, ocupación.
- Incentivar el interés por la educación en la salud sexual y reproductiva en los adolescentes y padres de familia
- Fomentar en la institución de salud de la col C.N.O.P la importancia de un conseguimiento integral en salud sexual en los adolescentes

## II. REVISION DE LA LITERATURA

### 1.- Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (OMS, 2012).

El proceso de la adolescencia con todos sus cambios se analiza habitualmente diferenciando tres niveles interrelacionados:

- Biológico. La pubertad.
- Psicológico. Fases y tareas de la adolescencia.
- Social. Emancipación, valores sociales.

La adolescencia actual aparece como una categoría estirada cronológicamente hacia ambos extremos. Hacia la infancia porque, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de la alimentación, la maduración fisiológica hormonal tiende a adelantarse; y hacia la juventud como consecuencia del estiramiento del período de preparación y formación, y por las escasas oportunidades que encuentran los jóvenes para insertarse socialmente en el mundo adulto (Aláez et al, 2011).

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (UNICEF, 2012).

### Etapas De La Adolescencia

La adolescencia, esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas: adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 21 años de edad. Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer siete tareas clave de desarrollo intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta (Greydamus, 2015).

#### La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (UNICEF, 2011).

Adolescencia Media (Aproximadamente entre 15-16 años de edad)

Interesado en sí mismo, alternando entre expectativas altas poco realistas y preocupaciones de fracasar; quejas de interferencia en su independencia de parte de los padres; sumamente preocupado con ambos, apariencias y el cuerpo; Desarrollo de ideales y selección de buen ejemplos; evidencia de conciencia más constante, Varones continúan aumentando de peso y altura mientras el desarrollo de las niñas sigue más despacio (Spano, 2012).

Adolescencia Tardía (Aproximadamente entre 17-21 años de edad)

La identidad más firme; habilidad de retrasar su gratificación; habilidad de analizar las ideas detalladamente; habilidad de expresar las ideas en palabras, Perspicacia útil; enfoque en la dignidad personal y el autoestima; habilidad de formar metas y acabar lo que empieza, la mayoría de las niñas han desarrollado completamente; los varones siguen aumentando de peso, altura, músculos y bellos del cuerpo (Spano, 2012)

## **2.-Salud Sexual Y Reproductiva**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define este término como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Se considera que una persona lleva una vida sana cuando se siente bien física, mental y socialmente, y no simplemente cuando no sufre dolencias o malestares. La salud se define principalmente en términos de bienestar, por lo que deben involucrarse, no sólo aspectos físicos, sino también comportamientos (OMS, 2012).

## 2.1 Sexualidad

La sexualidad es mucho más que sexo: es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psico-afectivas que caracterizan la vida sexual cada individuo. Involucra desde el aspecto físico, hasta los sentimientos y las emociones, englobando todos los elementos relacionados con la búsqueda del placer sexual (Rodríguez et al, 2010).

## 2.2 Salud Sexual

La salud sexual comprende todos los aspectos relacionados con el ejercicio de una vida sexual sana. Se entiende como un proceso permanente hacia la consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural, en todo lo que tenga que ver con la manera en que las personas conciben y ejercen su sexualidad. La salud sexual está íntimamente ligada a todos los demás aspectos de la vida de la persona. Por tanto, sólo se puede tener una salud sexual plena y satisfactoria cuando los derechos sexuales se respetan, se reconocen y se garantizan.

## 2.3 Salud Reproductiva

La salud reproductiva se entiende como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. La atención en salud reproductiva comprende un conjunto de actividades y servicios que incluyen la educación, de manera que las personas puedan conocer cómo funcionan sus cuerpos (Díaz & Garita, 2012).

### **3.- Embarazo Adolescente**

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social. Dichos cambios no acontecen de manera simultánea, siendo la capacidad reproductiva el primer evento que se produce. Son funciones de la edad adulta, la maternidad y la paternidad, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada. En el Manual de Medicina de la Adolescencia, definen el embarazo en la adolescencia como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (Sobeida & Morales, 2007).

El embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en niñas y adolescentes. A partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que la niña esté preparada para ser madre (Pérez & Merino, 2008).

### **4.- Consecuencias Embarazo Adolescente**

En nuestra cultura es habitual, aunque cada vez menos, que el embarazo no deseado conlleve un matrimonio posterior más o menos "forzoso". Pero al igual que el embarazo, estos matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener los cónyuges, su falta de habilidades para

resolver conflictos, los problemas económicos, el escaso conocimiento mutuo, y otra. El embarazo adolescente es considerado como de alto riesgo, ya que ni física ni mentalmente una joven se encuentra preparada para la maternidad.

#### \*Consecuencias psicológicas

- La frustración y depresión son problemas psicológicos que se desencadenan en las adolescentes ante una situación de embarazo precoz puesto que se afecta la vida que debería llevar acorde a su edad.
- La autoestima se afecta por el sentimiento de culpa que se desarrolla en las jóvenes adolescentes (BlogPost, 2015).

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la chica. En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean: ¿Qué puede hacer? ¿Cómo reaccionará su pareja? ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán? ¿Qué va a ocurrir con su vida? (Monsalvez, 2009).

#### \*Consecuencias físicas:

- Las jóvenes adolescentes corren el riesgo de experimentar anemia, preclamsia y complicaciones en el momento del alumbramiento, así como un alto riesgo de mortalidad por los altos índices de aborto.
- Los neonatos corren riesgo de muerte en los partos adolescentes así como son propensos a padecer malformaciones congénitas y un deficiente desarrollo mental y físico

#### \*Consecuencias y problemas Sociales

- Las jóvenes madres en estado, requieren oportunidades para su prosecución escolar ya que tiene a edad temprana la responsabilidad de atender y darle sustento y condiciones a su bebé.
- Al no contar con una base económica estable, la adolescente enfrenta dificultades para sostenerse en necesidades básicas para ella y su bebé, impactando su presente y futuro (BlogPost, 2015).

#### **5.- Causas Embarazo Adolescente**

Los riesgos son factores de la persona o del medio, asociados con aumento de la probabilidad de resultados o consecuencias adversas para la salud, para el proyecto de vida, la calidad de la vida o para la vida misma. Son situaciones o antecedentes personales, familiares, sociales económicos, que pueden favorecer a la emergencia de enfermedades o problemáticas (Montoya, 2013)

Principales factores que intervienen en los embarazos adolescentes:

- Inicio precoz en la actividad sexual.
- Causas familiares: familias desintegradas, puede darse el caso de que sean hijas de madres adolescentes.
- Factores socioculturales: escasos recursos económicos, baja escolaridad.
- Falta de madurez, falta de compromiso con sus responsabilidades.
- No utilizan métodos anticonceptivos.
- Violación (en algunos casos).

- La primera relación sexual generalmente no es planeada, es espontánea y por consiguiente no se cuenta con los anticonceptivos.
- Falta de educación sexual.
- Temor de acudir a consultas o pláticas relacionadas con el tema.
- Temor a preguntar.
- La ausencia de valores de responsabilidad en cuanto a su desarrollo sexual (Martínez, 2009).

## **6.-Embarazo**

El embarazo es el proceso de desarrollo del óvulo fecundado, que se localiza en los genitales femeninos. Se inicia con la concepción o fecundación y termina con el parto. De acuerdo con expertos, la mejor edad para que una mujer se embarace es entre los 20 y los 35 años, y el tiempo transcurrido entre el nacimiento de cada hijo debe ser de por lo menos dos años. Antes de los 20 años no es recomendable el embarazo porque el cuerpo en general puede no alcanzar todavía su madurez biológica (Galán, 2010).

Es el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser. Duración 280 días, 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y 10 días del calendario solar, contando a partir del 1er día de la última menstruación. Como consecuencia casi todos los órganos, aparatos y sistemas de la gestante experimentan modificaciones anatómicas y físicas que se revierten en el puerperio. (Ballesteros et. al, 2015)

El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando ella procede de un medio socioeconómico precario (NOM-007-SSA2, 2016).

## **7.-Cambios Fisiológicos Durante El Embarazo**

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado momento del parto y para un postparto en el que tendrá que amamantar al neonato (Purizaca, 2010).

### **7.1 Modificaciones En La Composición Corporal Y La Ganancia De Peso.**

Se ha estudiado que el promedio de peso ganado durante el embarazo es 12,5 kg; este nivel de ganancia está asociado con resultado reproductivo óptimo en mujeres saludables. Aproximadamente, 5% del total del peso ganado ocurre en las 10 a 13 semanas del embarazo; el resto es ganado a lo largo del segundo y tercer trimestres, con una tasa promedio de 0,450 kg por semana. El peso ganado durante el embarazo está influenciado por el peso la ganancia de peso debe guardar relación con el índice de masa corporal (IMC) previo a la gestación (Purizaca, 2010).

## 7.2 Modificaciones Circulatorias.

Todas las modificaciones que sufre el sistema circulatorio tienen por objetivo principal asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita.

Los trastornos más frecuentes que podemos encontrar son:

- Edema.
- Hipotensión.
- Varices (Purizaca, 2010).

## 7.3 Modificaciones En La Piel

Bajo la influencia de las hormonas del embarazo, se observa las siguientes modificaciones:

- Prurito: se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación.
- Alteraciones pigmentarias: la más común y que preocupa a la mujer gestante es el cloasma o melasma; esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos, siendo la única alteración histológica el depósito de melanina, influenciadas por la hormona estimulante de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta.
- Estrías: frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales (Cárdenas & Riveros, 2011).

#### 7.4 Modificaciones En El Aparato Urinario

Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, provocando aumento del espacio muerto urinario. El incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal y el mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante (Cárdenas & Riveros, 2011).

#### 7.5 Modificaciones Del Aparato Digestivo

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis. Las causas de las náuseas y los vómitos son muy variadas, aunque existe un componente hormonal que es fundamental. También existe un componente psicológico, ya que muchas mujeres gestantes asocian los vómitos y las náuseas a olores al trabajo a conducir, viajar, etc.

La gestante debe comer de forma poco abundante, con comidas fáciles de digerir, y reposar después de las comidas. El estreñimiento es otro proceso que puede aparecer en la gestante. Entre las causas del estreñimiento de la gestante destacan:

- Disminución del peristaltismo en los intestinos delgado y grueso.
- Aumento en la absorción de agua y sodio en el colon.
- Los sigmoides y el recto están comprimidos por el útero.
- Defectos de la dieta (poca fibra, exceso de azúcares, etc.) (Purizaca, 2010).

#### 7.6 Modificaciones Aparato Respiratorio

El embarazo produce alteraciones fisiológicas y anatómicas que afectan el rendimiento respiratorio. Temprano en el embarazo ocurre dilatación capilar a todo lo

largo del tracto respiratorio, llevando a un engrosamiento de la mucosa nasofaríngea, laríngea, tráquea y bronquios. Esto produce una modificación de la voz y a veces produce dificultad para respirar por la nariz.

El aumento en el consumo de oxígeno se asocia con un marcado aumento ventilatorio de hasta un 40% en el embarazo. Este aumento en la ventilación se consigue en forma eficiente aumentando el volumen corriente desde 500 a 700 ml más que por el incremento de la frecuencia respiratoria. Esto ocurre tempranamente en el embarazo. La ventilación alveolar efectiva aumenta aún más por la reducción de un 20% en el volumen residual (el volumen de aire que permanece en los pulmones al fin de la expiración y con el cual se diluye el aire que ingresar) (Lapidus, 2012).

#### 7.7 Modificaciones en el Metabolismo

Debemos saber que estas modificaciones en el metabolismo deben ser interpretadas con cautela, ya que pequeñas alteraciones son consideradas como normales evitando considerarlas patológicas. Podemos asegurar que el metabolismo basal está incrementado en un 20%. El aumento medio de la embarazada lo podemos fijar en 9,5 kg, distribuidos de la siguiente manera:

- Feto: 3.000 gramos.
- Placenta: 400 gramos.
- Líquido amniótico: 800 gramos.
- Útero: 1.000 gramos.
- Volumen sanguíneo: 1.500 gramos.

– Resto no fijado con exactitud (Henry, 2010).

## 7.8 Mamas

Las mamas sufren severas modificaciones durante el embarazo con el objetivo de que puedan cumplir su función como secretoras de leche. Los principales cambios en las mamas son: – Aumento de tamaño desde el 2º mes de gestación con importante hipertrofia e hiperplasia glandular. – Aumento de la vascularización. – Aumento de la pigmentación, especialmente de la areola. – Aumento progresivo de la sensibilidad y de la capacidad eréctil del pezón. En el primer trimestre del embarazo, los tubérculos de Montgomery aumentan de tamaño produciendo una secreción sebácea que lubrica y protege el pezón. Entre el segundo y tercer trimestres se inicia la secreción de calostro (Valdés & Pérez, 2007).

## 7.9 Esqueleto

Los trastornos más usuales del aparato musculoesquelético son:

– Calambres.

– Lumbalgias.

– Caries.

Los calambres, que suelen aparecer a partir del tercer trimestre, están motivados principalmente por la compresión del útero de la mujer gestante sobre el sistema venoso (Purizaca, 2010).

## 7.10 Modificaciones En El Sistema Nervioso Central Y Periférico

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo (Pienimaki et al, 2010).

## 8.- Factores De Riesgo Antes, Durante El Embarazo Y Después Del Parto

### 8.1 Nivel Socioeconómico

El inicio de la relación sexual a una edad temprana es una costumbre generalizada en las comunidades campesinas, en los barrios pobres de la periferia de las zonas urbanas y entre las clases sociales más pobres de la ciudad. Algunos factores para el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes incluyen un temprano desarrollo de la pubertad, la historia de abuso sexual, pobreza, daño por parte de alguno de los padres, curiosidad sobre la sexualidad e información en la escuela (Aguilar et al, 2012).

Las diferencias socioeconómicas generan una desigualdad en salud que no sólo aumenta la morbimortalidad general, sino que se traduce en una baja utilización de los servicios preventivos y de planificación, así como en un mayor porcentaje de hábitos nocivos para la salud en los grupos socioeconómicamente más deprimidos. El fracaso y la deserción escolar un contexto social desfavorable, aunados a la falta de un proyecto de vida, propician el embarazo de adolescentes. Se estima que en México siete de cada 10 jóvenes menores de 20 años en estado de gravidez viven en la pobreza (Hernández. & Elizabeth, 2014).

## 8.2 Violencia Durante el embarazo

El embarazo adolescente es, por donde se le quiera ver, un síntoma de la violencia contra las niñas. A las adolescentes, con su minoría de edad, nos lleva a mirarlas desde una perspectiva de género y de derechos humanos como niñas a las que el contexto social las conduce a un escenario de violencia derivada del abandono, el desinterés, la violencia económica o la desatención que viven frente al interés sobre los hijos varones. En muchos de los casos, el embarazo adolescente entraña hechos de violencia sexual, abuso, violación, sometimiento de hombres adultos que, valiéndose de la asimetría emocional, el control y la subyugación, abusan de ellas y estas presentan embarazo, niñas cuyos parámetros afectivos son del abandono y el desinterés familiar lo que las hace proclives a ser víctimas de esos abusos (Soto, 2017).

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen (OMS, 2018).

## 8.3 Adicciones Durante El Embarazo

Estudios sobre adicciones durante el embarazo señalan que todas las drogas, incluidas el alcohol y el tabaco, son peligrosas para una mujer embarazada, dado que aumentan del riesgo de malformaciones congénitas, restricción de crecimiento intrauterino y de daños embrionario-fetales.

El ginecólogo Jorge Carvajal explica que todas las drogas son peligrosas para una mujer embarazada, ya que aumentan del riesgo de malformaciones congénitas, de restricción de crecimiento intrauterino y de daños embrionario-fetales, lo cual es empeorado por el uso simultáneo de varias drogas, cuyos efectos serían adictivos. (Arocena et al, 2012).

#### Tabaco:

El hábito tabáquico durante el embarazo se relaciona con retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, bajo peso para la edad gestacional, perímetro craneal pequeño, baja puntuación en el test de Apgar, y muerte fetal y neonatal. No obstante, los resultados de un estudio citogenético reciente indican que fumar 10 o más cigarrillos al día durante por lo menos 10 años y durante el embarazo se asocia a un aumento de la inestabilidad cromosómica en los amniocitos fetales, y que una de las regiones cromosómicas más afectada es la implicada en los cánceres hematológicos.

#### Alcohol:

Su consumo durante el embarazo se ha relacionado claramente con diversas anomalías en la descendencia que pueden ser de grado leve a grave. Los casos graves con el fenotipo completo (síndrome alcohólico fetal) se manifiestan con anomalías menores de la cara (fisura palpebral pequeña, labio superior delgado y filtro liso y déficit del crecimiento o morfología cerebral anormales).

#### Cocaína

Atraviesa la placenta y alcanza concentraciones elevadas en sangre y tejidos fetales, y puede ejercer su efecto vasoconstrictor en diferentes territorios vasculares. En una

revisión sistemática se describe que el 7-17% de los niños expuestos intraútero a cocaína presentan anomalías congénitas. Se han descrito malformaciones fetales que afectan a casi todos los sistemas, principalmente genitourinarias, cardíacas, de las extremidades y del sistema nervioso central (Aguilera & Arguiñe, 2010).

#### 8.4 Obesidad

Según estimaciones mundiales recientes la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela datos en el 2015, donde más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos donde el 40% eran mujeres con sobrepeso y 15% eran obesas. La situación nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna y de las posibilidades de desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo y las complicaciones del parto. (OMS. 2015)

La obesidad en el embarazo es un conflicto para salud pública, pues incrementa riesgos obstétricos y neonatales aumenta el riesgo de presentar enfermedades y complicaciones durante el embarazo y el parto como: Diabetes gestacional, preclampsia, enfermedades hepáticas no alcohólicas, trastornos de la coagulación (tromboembolias) y oligo/polihidramnios y en el feto los trastornos abarcan: Macrosomía fetal, síndrome de distress respiratorio y productos con bajo peso para la edad gestacional, prematurez, malformaciones genéticas y aumento de riesgo de muerte fetal (Lozano et al 2016).

#### 8.5 Multiparidad

La multiparidad resulta ser un factor de riesgo fuertemente relacionado con causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los

países en desarrollo, está asociada a entidades perinatales muy graves y de gran peso en la Salud Pública, tales como muerte materna, morbilidad materna severa, morbimortalidad feto-neonatal y otros que implican detrimento económico, psicológico y social (Balade et al, 2010).

No existe aún una definición universalmente aceptada de Multiparidad lo que suele dificultar la comparación de estudios y sus resultados. A continuación se citan algunas de ellas:

Está definida como aquella paridad igual o mayor a 5 hijos por UNICEF (2004) y por la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (1993), quien diferencia además la gran multiparidad ya que considera a esta última aquella paridez en la cual una mujer lo hizo 10 o más veces.

En tanto, la Organización Mundial de la Salud define a la Multiparidad como aquella mujer que ha tenido 6 partos de más de 24 semanas de edad gestacional.

Para los textos de la organización Panamericana de la Salud “la presencia igual o mayor a 5 partos” (Susacasa, 2013).

## 8.6 Periodo Intergenésico

El periodo intergenésico es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor positivo para la salud física y mental de la madre y el producto. La asociación panamericana de la salud ha establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos 24 meses (Ojeda & Ángel, 2016).

Se ha catalogado como intervalos cortos a aquellos cuya duración es menor a dos años, los cuales se han relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción, tanto por cuestiones asociadas con la no recuperación física de la madre, como por la capacidad para la atención y cuidado de los hijos, si bien es claro que ello no es general, puesto que permean las diferencias en las condiciones socioeconómicas de las familias y de las mujeres. La contraparte, intervalos de dos años y más, pero particularmente de dos y tres, son considerados favorables o adecuados para la reproducción (Ojeda & Ángel, 2016).

Se especula que una paciente con período intergenésico menor de 2 años no tiene una adecuada vascularidad uteroplacentaria debido a la poca adaptabilidad vascular que existe por el poco tiempo entre los embarazos, y cuanto más corto es el período más pronto termina el embarazo, es por eso que se establece que en períodos menores de 6 meses existe riesgo elevado de aborto y en períodos menores de 2 años el riesgo que un embarazo termine antes de las 37 semanas es importante.

Estudios realizados en diversos países de América latina han demostrado que mujeres con pequeños periodos entre embarazos tienen un mayor riesgo de complicaciones como parto pre término, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino entre otros (Domínguez, 2010).

## 8.7 Talla Baja

La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica trabajo de parto disfuncional y parto operatorio; la causa radicaría en la relación directa entre talla e

índice pélvico. En países en vías de desarrollo, la atención del embarazo y parto en áreas rurales es realizada, en gran porcentaje, por parteras; por ello es importante determinar la talla baja como factor de riesgo de parto por cesárea, lo que permitirá adoptar acciones adecuadas, al referir en forma oportuna a un hospital a las mujeres que lo ameriten (Guzmán et al, 2011).

Las mujeres de corta estatura (<152 cm) son más propensas a tener la pelvis pequeña, lo que puede producir distocias con desproporción pelvico fetal o de hombro. Las mujeres bajas también son más propensas a tener trabajos de parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (Artal, 2017).

#### 8.8 Complicaciones Madre Adolescente

El embarazo en la adolescencia se define como: “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica”, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca la adolescencia, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto (Vallejo, 2013).

La edad materna se considera uno de los factores determinantes de riesgo gestacional. Por lo tanto, las madres de edades menores de 15 años o cuya menarquía ocurrió menos de dos años antes del embarazo, y las madres de edad 35 años o más, tienen mayor riesgo de muerte neonatal. Distribución de las complicaciones más frecuentes en embarazos adolescentes son:

- Cesárea por Macrosomía fetal
- Distocia de la contractibilidad
- Eclampsia
- Episiotomía

- Fase activa prolongada
- Parto precipitado
- Hemorragia posparto
- Desgarros perineales
- Ruptura prematura de membrana
- Eclampsia
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Anemia
- Parto pretermo (Fawed et al, 2016).

## **9. Complicaciones Maternas**

### 9.1 Placenta Previa

#### Concepto

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal (Ávila et al 2016).

Placenta previa (PP): placenta que se inserta en el segmento uterino en el tercer trimestre de la gestación, y cubre o está próxima al orificio cervical interno (Guía De Práctica Clínica, 2012).

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. La incidencia ha aumentado y se estima

actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se considera la 3ª causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2ª causa de histerectomía obstétrica (López, 2011).

### Etiología

Los embarazos complicados por placenta previa son propensos a presentar sangrado durante el 2do trimestre. La etiología del sangrado se debe a la dinámica del desarrollo del segmento uterino, pero también puede ser disparado por la actividad uterina (Ávila, 2016)

### Manifestaciones Clínicas

La placenta previa se presenta tradicionalmente como sangrado activo indoloro habitualmente sin actividad uterina cerca del final del 2do trimestre o durante el 3er trimestre. Debe ser sospechada en cualquier mujer que se presente con sangrado transvaginal después de las 20 semanas, particularmente sangrado indoloro o sangrado postcoital y una situación fetal anormal (transversa u oblicua) (GPC, 2012).

## 9.2 Desprendimiento Prematuro De Placenta Normoinserta

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación<sup>1-4</sup> y antes del periodo del alumbramiento. Se estima que se produce en 6.5 embarazos por cada 1.000 nacimientos.

La triada clásica de síntomas es hemorragia, dolor e hipertonía uterina. La hemorragia, escasa y de color oscuro, se da en el 80% de los casos. El dolor suele ser de aparición brusca y lancinante. (Arnedillo, 2010).

Desprendimiento agudo de placenta: El desprendimiento agudo de placenta se presenta clásicamente con:

- Sangrado vaginal brusco. Es el signo de presentación más frecuente (78% de los casos).
- Dolor abdominal leve-moderado y/o dolor lumbar (suele aparecer cuando la placenta está en la pared posterior del útero).
- Contracciones uterinas hipertónicas. El útero suele encontrarse aumentado de tono/rígido y puede estar sensible durante y entre las contracciones.
- Patrón anormal de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (Zamorano, 2015).

Clasificación de formas clínicas:

- 1., Grado 0 o asintomática. Diagnosticada al realizar el examen de la placenta en el momento del alumbramiento.
2. Grado I o leve. Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta. Discreta hipertonía. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.
3. Grado II o moderada. Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.

4. Grado III o grave. Desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertensión manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal. (Arnedillo, 2010).

La causa primaria del DPPNI es desconocida. Los factores asociados son: Hipertensión arterial, desprendimiento previo con una tasa de recurrencia de DPPNI grave en uno de cada 8 embarazos, traumatismo, tabaquismo y consumo de drogas, rotura prematura de membranas, anomalías de implantación, edad avanzada, enfermedades tromboembólicas, restricción del crecimiento uterino, rotura prolongada de las membranas, corioamnionitis y embarazo múltiple es dos veces más común (Carreras, 2010).

### 9.3 Preeclampsia

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año (Avalos, 2014).

La Preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto (Cararach & Mussons, 2012).

El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. El incremento de proteinuria y de hipertensión en una paciente nefrótica o hipertensa previa se denomina Preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico es parecido (Newman, 2010).

#### Clasificación

Preeclampsia Leve: Presión arterial de 140/90mm/Hg o elevación de 30mmHg en la sistólica y 15mmHg en la diastólica, se presentan después de la semana 20 de gestación hasta los 30 días porparto, existe proteinuria de más de 300mg en 24 hrs.

Preeclampsia Severa: Presión Arterial de 160/110mmHg o más después de la semana 20 de gestación hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 hrs, presencia de cefalea, acufenos, fosfenos edema generalizado (SSA, 2012).

El tratamiento definitivo es la finalización de la gestación, y hasta este momento se deberán tratar farmacológicamente las formas graves. Debe recordarse que existe una hemoconcentración a pesar de que puedan existir edemas por lo que NO deben administrarse diuréticos para tratarlos o para disminuir la TA, excepto en casos de edema agudo de pulmón o de oliguria (Cararach & Mussons, 2012)

#### 9.4 Eclampsia

Eclampsia se define como la presentación de una o más crisis convulsivas generalizadas en el contexto de Preeclampsia y en ausencia de otras alteraciones neurológicas (Alkourdi, 2018).

La incidencia de eclampsia se ha mantenido relativamente estable en 3 casos por 10.000 nacimientos en los países desarrollados, en los países en desarrollo la incidencia es muy variable y oscila entre 6 y 157 casos por 10.000 nacimientos. La eclampsia se produce en 2-3% de todas las gestantes con Preeclampsia que no reciben profilaxis anticonvulsivante. El porcentaje estimado está entre 0-0,6% de las gestantes con Preeclampsia que no presentan signos de alarma. Puede ocurrir antes del parto (38-55%), intraparto (13-36%), en las primeras 48h posparto (5-39%) y pasadas las primeras 48h postparto (5-17%) (López, 2010).

## Causas

La causa exacta de la eclampsia no se conoce pero se mantienen dos hipótesis:

- Regulación del flujo cerebral en respuesta a la alta presión sanguínea dando lugar a vasospasmos de las arterias cerebrales, disminución de la perfusión del cerebro, áreas de isquemia-infarto y edema citotóxico (intracelular).
- Pérdida de la regulación del flujo sanguíneo cerebral en respuesta a la alta presión sistémica produciendo una situación de hiperperfusión, daño endotelial y edema vasogénico (extracelular) (Alkourdi, 2018).

## Síntomas

### a) Manifestaciones Maternas:

La eclampsia es un diagnóstico clínico basado en la evidencia de una o más convulsiones y/o coma en una gestante con Preeclampsia, en ausencia de otras alteraciones neurológicas. La crisis suelen ser auto-limitadas y raramente duran más de 3-4 minutos (normalmente 60-75 seg). A veces antes de las crisis aparecen algunos síntomas como son: cefalea frontal u occipital persistente, o muy intensa,

alteraciones visuales, epigastralgia, alteración del estado mental o dificultad respiratoria.

#### b) Manifestaciones Fetales:

La manifestación fetal más frecuentemente encontrada durante o inmediatamente después de la crisis es una deceleración prolongada de unos 3-5 minutos de duración pero eso no implica obligatoriamente la necesidad de realizar una cesárea urgente. La estabilización de la madre tras administrar drogas anticonvulsivantes, oxígeno y si es preciso tratamiento antihipertensivo pueden ayudar al feto a que se recupere intra-uterio de los efectos de la hipoxia materna, la hipercapnia y la taquisistolia que pueden ocurrir (Phyllis, 2018).

#### Tratamiento

##### Medidas generales:

- I. Mantener las vías respiratorias superiores permeables y la ventilación.
- II. Aspirar secreciones de las vías respiratorias superiores, si precisa.
- III. Canalizar vía venosa periférica.
- IV. Colocación sonda vesical para cuantificar volumen urinario y proteinuria.
- V. Monitorización signos vitales.
- VI. Valoración de la coloración de la piel y conjuntivas, reflejos osteotendinosos, reflejos pupilares, presencia de equimosis o petequias y estado de la conciencia.
- VII. No alimentación por vía oral.
- VIII. Evitar autolesiones

IX. Instauración de tratamiento anticonvulsionante e hipotensor Una vez la paciente ya se encuentre estable y fuera de peligro se procederá a la extracción fetal (Tapia & Mery, 2011).

## 9.5 Síndrome De HELLP

El “síndrome de HELLP” se definió en 1982 como acrónimo de “Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count”. Se trata de una complicación multisistémica del embarazo. Aunque probablemente representa una forma severa de Preeclampsia, la relación entre estas dos entidades es controvertida, ya que el 15-20% de las pacientes con síndrome de HELLP no tienen antecedente hipertensivo o proteinuria.

La importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radica en la elevada mortalidad materna (1-24%) y fetal (7-34%). Los factores de riesgo que se han visto relacionados con mayor incidencia del síndrome son la multiparidad, la edad materna mayor de 25 años, la raza blanca y los antecedentes de abortos, Se han descrito también ciertas variantes genéticas asociadas a incremento en el riesgo de padecer HELLP (Homero et. al, 2012).

El síndrome de HELLP es una complicación multisistémica del embarazo que se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Incluso 70% de los casos se manifiestan antes de terminar el embarazo y 30% se diagnostican en las primeras 48 hrs del puerperio (Friedman, 2010).

## Manifestaciones Clínicas

La clínica es variable. El síntoma más común es el dolor y distensión abdominal, fundamentalmente en región epigástrica e hipocondrio derecho o región subesternal. Muchas pacientes presentan también náuseas, vómitos y mal estado general los días previos junto con aumento de peso y edemas. Síntomas menos comunes incluyen el dolor de cabeza, alteraciones visuales, ictericia y ascitis. La hipertensión (TA>140/90 mmHg) y la proteinuria están presentes en aproximadamente el 85 % de los casos. Hasta un 20% de los casos de HELLP severo cursan con TA normal (Vigil-De Gracia, 2015).

El tratamiento del HELLP es motivo de controversia, ya que la interrupción del embarazo es el tratamiento definitivo pero la supervivencia del feto dependerá de su edad gestacional, lo que con frecuencia crea conflictos en la toma de decisiones para interrumpir el embarazo de manera inmediata o esperar a conseguir la madurez pulmonar fetal. El tratamiento debe incluir la estabilización de la hipertensión materna, la hidratación, profilaxis de convulsiones con sulfato de magnesio, que actúa como VD central y periférico protegiendo la barrera hematoencefálica frente al edema cerebral y monitorización fetal (Monge, 2018).

## 9.6 Anemia

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. La anemia, niveles de hemoglobina de  $\leq 11$  g/dL, según la definición de la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial (OMS, 2011).

La anemia es la alteración hematológica que más se diagnostica durante el embarazo, ya que en esta etapa, el volumen corporal total materno presenta un cambio al expandirse para lograr la adecuada perfusión feto placentaria y prepararse para amortiguar las pérdidas durante el parto. La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas (Guía de Práctica Clínica, 2014).

#### Clasificación de la anemia según la causa

Anemia absoluta: Es una verdadera disminución en el conteo de eritrocitos y tiene importancia perinatal. Involucra un aumento de la destrucción del eritrocito, disminución del volumen corpuscular o disminución de la producción de eritrocitos.

Anemia relativa: Es un evento fisiológico que ocurre durante el embarazo normal, no hay verdadera reducción de la masa celular. El ejemplo más común es la disminución observable en el contenido de Hb y conteo de eritrocitos por aumento del volumen plasmático en el segundo trimestre del embarazo, aún en la gestante con depósitos de hierro normales (Martínez. & Murguía, 2010).

#### Clasificación de la anemia según la severidad clínica

Clasificación por severidad Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina

- Anemia severa < 7,0 g/dL
- Anemia moderada 7,1 –10,0 g/dL
- Anemia leve 10,1- 10,9 g/dL (Rosel, 2010).

Se define la ferropenia como una disminución de la dotación total del organismo en hierro. La anemia ferropénica se caracteriza por un descenso de las cifras de hemoglobina, hematíes pequeños (microcitos), con poca cantidad de hemoglobina en su interior (hipocromía) y cifras bajas de hierro en los depósitos (Arribas, 2010).

La anemia ferropénica es la causa más frecuente de anemia gestacional en todo el mundo. Alrededor del 90% del total de anemias en la población gestante son debidas al déficit de hierro. Se sabe que la mayoría de las mujeres llegan al embarazo con unas bajas reservas de hierro, principalmente por las pérdidas sanguíneas menstruales. Estimándose que una pérdida menstrual media de 30 mL equivale a una pérdida de 0.45 mg de hierro (Rasero et al, 2010).

Desde un punto de vista fisiopatológico se pueden establecer los siguientes grados de ferropenia:

- 1er grado: La pérdida de hierro (Fe) es mayor que lo ingresado. Ante una disminución gradual del hierro almacenado ocurre automáticamente un proceso de compensación consistente en el aumento de su absorción; sin embargo, se presenta un balance negativo.
- 2do grado: Hay agotamiento del hierro almacenado (el nivel de hierro sérico es menor de 12 g/dL y la saturación de la transferrina es menor del 16%). Estos parámetros nos indican que la velocidad de la eritropoyesis está bajando.

- 3er grado: Desarrollo de anemia ferropénica (con hemoglobina de 12-10 g/dL y un descenso leve de la hemoglobina corpuscular media-HCM (normal  $27 \pm 2$ )).
- 4to grado: La anemia ferropénica se desarrolla acentuadamente con una hemoglobina de entre 10 g/dL-8 g/dL y muy baja hemoglobina corpuscular media.
- 5to grado: Anemia ferropénica con presentación de hemoglobina de 8-6 g/dL y presentación de hipoxia tisular y alteraciones de la circulación (Safrazian, 2007).

## 9.7 Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste, por otro lado, la diabetes pregestacional se refiere a aquellas pacientes con diagnóstico previo de la patología que se embarazan o se diagnostican durante el primer trimestre. Diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 ó 2 que se embarazan o se diagnostican durante el primer trimestre (Guía de práctica clínica, 2016).

En México, la prevalencia de diabetes gestacional (DG) se reporta entre el 8.7 a 17.7 %. La mujer mexicana está en mayor posibilidad de desarrollar DG por cuanto pertenece a un grupo étnico de alto riesgo (Hinojosa et al, 2010).

La DM se puede clasificar en cuatro categorías clínicas:

- DM tipo 1 (DM1), que a su vez se divide en: – Autoinmune (DM1A). – Idiopática (DM1B).
- DM tipo 2 (DM2).
- DM gestacional. Se inicia o se reconoce durante el embarazo (Guías Clínicas. Semergen, 2016).

### Diagnostico

Existen tres criterios para establecer el diagnóstico de diabetes durante el embarazo: elevación inequívoca de la glucosa plasmática de 200 mg/dL o mayor y síntomas clásicos de diabetes; glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/ dL en dos o más ocasiones y uso de la curva de tolerancia a la glucosa (prueba de 100 gramos). Debe corroborarse el diagnóstico en pacientes con: síntomas clásicos (3 "P") poliuria, polidipsia, polifagia, factores de riesgo existentes, glucemia sérica en ayuno >126 mg/dL (corroborada en 24 horas), glucemia >200 mg/dL casual y pacientes con glucemias de 192 a 126 mg/dL (Castillo, 2011).

### Tratamiento

La meta terapéutica durante el embarazo es mantener la glucemia central en ayuno de 60 a 90 mg/dL y menor de 140 mg/dL una hora posprandial o menor de 120 mg/dL dos horas posprandiales. El tratamiento de la diabetes gestacional empieza con aspectos nutricionales, ejercicio y vigilancia de la glucosa capilar; se ha observado que 70 a 85% de las mujeres embarazadas con diabetes gestacional pueden alcanzar la meta terapéutica únicamente con cambios en el estilo de vida. (Guías Clínicas Semergen, 2016).

## 9.8 Malformaciones Congénitas

En primer lugar corresponde precisar el término congénito. Congénito significa presente desde el nacimiento. De modo que, se entiende por malformaciones congénitas un conjunto de alteraciones que tienen un origen prenatal, que están presentes desde el nacimiento, visibles o no. Esa presencia -advertida o no- puede tener diferentes causas. En general, las anomalías congénitas presentan una severidad variable. Algunas suelen ser detectados durante los primeros días después del nacimiento e incluso, en muchas ocasiones, se detectan antes del nacimiento. (Armando et al, 2012).

### Tipos de malformaciones congénitas

Las anomalías congénitas pueden ser estructurales o funcionales:

Entendemos por anomalías congénitas estructurales aquellas que involucran alteraciones morfológicas. Es decir, que afectan algún tejido, órgano o conjunto de órganos del cuerpo. Algunos ejemplos son hidrocefalia, espina bífida, fisura de labio y/o paladar, cardiopatía congénita.

Entendemos por anomalías congénitas funcionales aquellas que interrumpen procesos biológicos sin implicar un cambio macroscópico de forma; involucran alteraciones metabólicas, hematológicas, del sistema inmune, entre otras. Algunos ejemplos son: hipotiroidismo congénito, discapacidad intelectual, tono muscular disminuido, ceguera, sordera, convulsiones de inicio neonatal (Armando et al, 2012).

## Causas Y Factores De Riesgo:

### Factores socioeconómicos y demográficos.

Aunque los ingresos bajos pueden ser un determinante indirecto, las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y países de ingresos bajos. Se calcula que aproximadamente un 94% de las anomalías congénitas graves se producen en países de ingresos bajos y medios.

### Factores Genéticos.

La consanguineidad aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas en los matrimonios entre primos hermanos.

### Infecciones.

Las infecciones maternas, como la sífilis o la rubéola, son una causa importante de anomalías congénitas en los países de ingresos bajos y medios.

### Estado nutricional de la madre

Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas.

### Factores ambientales

La exposición materna a determinados plaguicidas y otros productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y

la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de que el feto o el neonato sufra anomalías congénitas (OMS, 2016).

### Tratamiento y atención

Muchas anomalías congénitas estructurales se pueden corregir mediante la cirugía pediátrica, y a los niños con problemas funcionales como hipotiroidismo congénito se les pueden administrar tratamientos precozmente (OMS, 2016).

### Prevención

Las medidas de salud pública preventivas ofrecidas en los servicios de atención reducen la frecuencia de algunas anomalías congénitas. La prevención primaria de las anomalías congénitas implica:

- Mejorar la dieta de las mujeres en edad fecunda
- Asegurar que las mujeres eliminan o restringen el consumo de sustancias nocivas, particularmente el alcohol.
- Controlar la diabetes preconcepcional y gestacional.
- Evitar la exposición ambiental a sustancias peligrosas, como los metales pesados y los plaguicidas, durante el embarazo.
- Garantizar que durante el embarazo la exposición a los medicamentos y a radiaciones por razones médicas.
- Mejorar la cobertura de vacunas durante el embarazo (Rojas, 2012)

## 9.9 Presentación Pélvica

La presentación pelviana, podálica o de nalgas, es aquella en la que el polo caudal del feto es el que se pone en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna, siendo capaz de ocuparla y seguir en un momento determinado un mecanismo definido de parto (Peña, 2010).

En este tipo de presentación no solo las nalgas forman parte sino también los miembros inferiores, los cuales pueden adoptar con respecto a la primera, diferentes actitudes, originándose de principio dos tipos de presentación: la pelviana completa en la cual los muslos están flexionados sobre el tronco y las piernas entrecruzadas y flexionados contra los muslos, y la presentación pelviana incompleta cuando la actitud de los miembros inferiores antes descrita no se cumple, pudiéndose presentar tres tipos de modalidades que son:

- Modalidad de nalgas: 75%
- Modalidad de píte: 20.25%
- Modalidad de rodilla: 0-5 %

De acuerdo a la etiología tenemos los siguientes factores:

1. Factores maternos:

- a) Estrechez pelviana
- b) Tumores uterinos y parauterinos
- c) Multiparidad (por laxitud de la pared abdominal y uterina)

d) Malformaciones uterinas:

2. Factores fetales:

a) Prematuridad

b) Macrosomía fetal

c) Hidrocefalia

d) Muerte fetal intrauterina

e) Tumores de la cabeza o cuello fetal (Peña, 2010).

#### 9.10 Aborto

La Organización mundial de la salud ha definido aborto como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso (OMS, 2012).

Clasificación:

Aborto espontáneo

Se denomina aborto espontáneo a aquel tipo de aborto o interrupción del embarazo debido a causas naturales, no siendo voluntario ni provocado. Puede deberse a alteraciones cromosómicas del feto, enfermedades o malformaciones de la madre, infecciones. La aparición de este tipo de abortos suele ocurrir en las doce primeras semanas. Y este se divide en:

- *Amenaza de aborto*: Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado. Se caracteriza por sangrado genital de pequeña o moderada intensidad, pudiendo existir dolores tipo cólicos, generalmente poco intensos. Al examen genital, el orificio interno del cuello uterino permanece cerrado, el volumen uterino es compatible con la edad gestacional y no existen signos de infección.
- *Aborto inevitable*: Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas. Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea. Sangrado uterino abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico. Puede haber o no dilatación cervical.
- *Aborto incompleto*: Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. Expulsión parcial del producto en concepción. - Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable. Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.
- *Aborto completo*: Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor, Expulsión parcial del producto en concepción Sangrado uterino y dolor tipo cólico de magnitud variable Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea (Guía Práctica Clínica, 2012).

### Aborto Inducido

Es el “resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo”. Estas maniobras pueden ser llevadas a cabo por la propia embarazada o por otra persona por encargo de ésta de forma doméstica, química o quirúrgicamente. También es conocido como intencionado, artificial o voluntario (Llopis, 2010).

### 9.11 Hiperémesis Gravídica

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 -2.0 %, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol.

Se define como la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta la semanas 14 -16. El Centro de Clasificación Estadística de Enfermedades relacionadas a problemas de salud la define como la persistencia de excesivos vómitos iniciados antes de la semana 23 de gestación. (Sibaja & Vargas, 2011).

### 9.12 Parto Prematuro

El parto prematuro es aquel que ocurre después de la semana 23 y antes de la semana 37 de gestación. La amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático, aparición de dinámica uterina regular acompañado de modificaciones cervicales que puede conducir a un parto pretérmino (Paucar, 2012).

#### Clasificación

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.

- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
- Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas (Voto, 2014)

### Etiología

Se conoce que la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:

- Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas
- Idiopático: sin causa aparente o conocida (Quirós, 2016).

### 9.13 Gestación Gemelar

La gestación múltiple ha experimentado un aumento en su prevalencia en los últimos años. Se considera como de “alto riesgo reproductivo” dada la mayor proporción de complicaciones maternas y fetales. Se entiende por gestación múltiple aquella en que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos (Guía Práctica Clínica, 2012).

El embarazo múltiple se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero.

Embarazo gemelar bicoriales: cada feto tiene su placenta y saco amniótico

Embarazo gemelar monocoriales biamnióticos: ambos fetos comparten placenta, pero distinta bolsa amniótica

Embarazo Monocoriales Monoamnióticos: ambos comparten placenta y bolsa amniótica

Embarazo de trillizos: tres fetos cada uno con placenta y saco amniótico (Guía Práctica Clínica, 2012).

#### 9.14 Hemorragia Obstétrica

##### Definición

La Hemorragia Obstétrica sigue siendo una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. A pesar de los avances en la atención obstétrica y anestésica su tratamiento Se define a la hemorragia obstétrica grave, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de alguno de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min.

La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10%. Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina 80% de los casos (Guía de práctica Clínica, 2012).

##### Principales Causas

- Desprendimiento prematuro de placenta

- Desgarro/rotura uterina
- Atonía uterina
- Coagulopatías
- Placenta previa
- Hemorragia uterina
- Placenta acreta
- Placenta retenida (Guía Práctica Clínica, 2012)

## 10. Infecciones De Transmisión Sexual

El término infecciones de transmisión sexual (ITS) incluye aquel conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de transmisión. Las ITS involucran principalmente la esfera genital, existiendo la posibilidad para algunos de los agentes participantes, de generar infecciones diseminadas lesionando numerosos órganos (Anzalone & Mattera, 2008).

### 10.1 Infección Por Clamidia

La infección por *Chlamydia trachomatis* Infección del tracto genitourinario debido a *Chlamydia* es una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente causal es la *Chlamydia trachomatis* que afecta el tracto genitourinario y que clínicamente puede presentarse como: cervicitis, cistitis, uretritis, cervicovaginitis, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria. En la mujer, se asocia con complicaciones a largo plazo como obstrucción tubaria, embarazo ectópico e infertilidad; en el caso de los varones, condiciona orquitis y epididimitis (Guía Práctica Clínica, 2012).

## Síntomas

El 70% de las mujeres infectadas cursan como asintomáticas, el tercio restante presenta evidencias clínicas como:

- Flujo vaginal
- Dolor Pélvico
- Dolor Abdominal
- Sangrado vaginal
- Disuria
- Uretritis

Durante el embarazo, puede transmitírsela a su bebé durante el parto. Esto podría causar una infección en los ojos o neumonía en el recién nacido. Tener la infección por clamidia puede también aumentar su probabilidad de dar a luz a su bebé de manera prematura (Cervantes, 2009).

## Tratamiento

### Infección no complicada en el embarazo

- Eritromicina 500 mg, cuatro veces al día por siete días
- Amoxicilina 500 mg, tres veces al día por siete días
- Azitromicina 1 gr oral, dosis única (Guía Práctica Clínica, 2008).

## 10.2 Gonorrea

La gonorrea es una infección causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*. Puede causar infección de la uretra, el cérvix, el recto y la garganta. Sin embargo, muchas personas no saben que tienen gonorrea porque, aunque estén infectadas, pueden no presentar síntomas.

## Cuadro Clínico

La infección puede ser asintomática en las mujeres y sintomática en hombre.

- Aumento o alteración de flujo vaginal
- Dolor abdominal
- Disuria
- Inflamación de la vulva
- Hinchazón del cuello uterino

## Tratamiento

### Embarazo Y Lactancia

- Ceftriaxona 500mg IM dosis única + Azitromicina 1gr VO Dosis única
- Espectinomicina 2g IM dosis única + Azitromicina 1gr VO Dosis única (Guía Práctica Clínica, 2014).

## 10.3 Herpes Genital

El herpes genital es una infección producida por un virus ADN del que existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2. El VHS-2 es el responsable de la mayoría de las infecciones genitales (85%), si bien el VHS-1 puede transmitirse de dos maneras, desde lesiones bucolabiales o desde lesiones genitales, lo que parece aumentar su porcentaje. La transmisión puede tener lugar por contacto directo con las lesiones ulceradas o desde un compañero sexual asintomático.

## Cuadro Clínico.

La mayoría de las personas no presenta síntomas o tiene síntomas muy leves que pueden confundirse con otra condición de la piel. Si tiene síntomas o brotes, estos por lo general se presentan dos semanas después de infectarse y la primera vez que aparecen, tardan entre 2 y 4 semanas en sanar. Para quienes presentan síntomas, los más comunes son:

- Úlceras (chancros) o bultos en la vagina, el pene, o el recto
- Dolor y/o ardor cuando se orina o se tienen relaciones sexuales
- Sensación de hormigueo o picor en la boca y los labios o entre las piernas
- Síntomas como de gripe (Comisión De Salud Pública De Boston, 2011).

## Tratamiento

El manejo del herpes genital incluye medidas de higiene, analgesia, tratamiento de infecciones secundarias y tratamiento antiviral específico para el control local de la infección.

Esquemas recomendados para el tratamiento de la infección por HSV 20:

a- Primer episodio Aciclovir 400 mg oral c/8hs. 7 a 10 días,

Famciclovir 500 mg oral c/12 hs. 7 a 10 días

Valacyclovir 1.0 g oral c/12 hs. 7 a 10 días

b- Recurrencias Aciclovir 400 mg oral c/8hs. 5 días,

Famciclovir 500 mg oral c/12 hs. 5 días

Valacyclovir 1.0 g oral c/12 hs. 5 días (Tilli, 2010).

## 10.4 Sífilis

La Sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que se contagia, durante la actividad sexual, por medio del contacto entre los órganos genitales o entre el órgano genital y las mucosas en la boca o en el recto. La enfermedad también se puede transmitir de madre a hijo durante el embarazo o por medio de transfusiones sanguíneas.

### Síntomas

La sífilis se desarrolla en tres etapas:

ETAPA 1: Alrededor de tres semanas después del contagio aparece una llaga por allí las bacterias se han introducido en el cuerpo. La llaga suele aparecer en los órganos genitales, pero también se puede dar en el recto, la boca y otras partes del cuerpo.

ETAPA 2: Si la enfermedad no se trata durante la etapa 1, pasará, después de un par de meses, a la etapa 2. Las molestias más comunes en la etapa 2 son diferentes tipos de erupciones en el cuerpo, caída del cabello, hinchazón de los ganglios linfáticos, algo de fiebre, dolor de cabeza y cansancio.

ETAPA 3: Después de muchos años, la enfermedad puede pasar a una tercera etapa, donde atacará al cerebro, a los vasos cardiovasculares, a la piel y a los huesos (Contreras et al, 2012).

### Tratamiento

Está demostrado que el tratamiento óptimo para cualquier forma de sífilis continúa siendo la penicilina, que es altamente efectiva para tratar la sífilis gestacional y prevenir la SC, pues un tratamiento adecuado y oportuno, evita la transmisión al feto.

En México se utilizan los esquemas propuestos por el CDC y la OMS, donde los estadios tempranos se tratan con penicilina benzatínica 2'400.000 UI. En caso de que no sea posible clasificar el estadio de la enfermedad en la gestante se recomienda aplicar tres dosis con intervalo semanal (Álvarez et al, 2012).

### 10.5 Virus Inmunodeficiencia Humana VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aislado por primera vez en 1983, es el agente causal del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida), que representa la expresión clínica final de la infección. La característica más importante es la destrucción del sistema inmune, pero el VIH también origina una serie de manifestaciones neurológicas y tumorales (Guía práctica Clínica, 2010).

#### Embarazo y VIH

Binomio madre-hijo. Es el conjunto de dos personas que incluye a la madre (embarazada) y al producto de la concepción, que tienen una estrecha relación biológica, que predispone a la transmisión de diferentes agentes infecciosos, entre ellos el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de la madre al feto durante la gestación, el período anterior al parto o nacimiento, en forma simultánea, o posterior al mismo.

Transmisión perinatal del VIH de madre a hijo. Es la infección por el VIH transmitida de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento, o la lactancia materna (Guía Práctica Clínica, 2016).

## Cuadro Clínico

Muchas personas no tienen síntomas una vez que resultan infectadas con VIH. Otras desarrollan síntomas temporales similares a la gripe, en las primeras semanas o meses después de haber sido expuestos al virus. Entre estos se incluyen los siguientes:

- Fiebre.
- Dolores de cabeza.
- Dolor de garganta.
- Dolores en general.
- Fatiga.
- Ganglios inflamados.
- Fatiga.
- Pérdida de peso.
- Fiebres frecuentes y sudor.
- Infecciones por hongos persistentes o frecuentes en tu boca o vagina.
- Sarpullidos

## Tratamiento

La finalidad de los medicamentos contra el VIH es reducir la concentración del virus en el cuerpo a un nivel indetectable (llamado carga viral indetectable) durante el embarazo. Al reducir esa concentración, disminuyen la posibilidad de que una mujer seropositiva le transmita el virus al bebé durante el embarazo y el parto

El régimen generalmente debería incluir por lo menos uno de los siguientes ITIN que pasan fácilmente a través de la placenta:

- Abacavir (marca comercial: Ziagen)
- Emtricitabina (marca comercial: Emtriva)

- Lamivudina (marca comercial: Epivir)
- Fumarato de disoproxilo de tenofovir (marca comercial: Viread)
- Zidovudina (marca comercial: Retrovir)

Zidovudina (ZDV) RN  $\geq 35$  semanas de edad gestacional al nacimiento: 4 mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas; iniciar lo antes posible entre las 6 y 12 horas del nacimiento.

Zidovudina (ZDV) RN  $>30$  a  $<35$  semanas de edad gestacional al nacimiento: 2 mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas (1.5 mg/kg/dosis IV); iniciar lo antes posible, idealmente entre 6 y 12 horas del nacimiento (Guía Práctica Clínica, 2015).

## 10.6 TORCH

Existen numerosas infecciones bacterianas, virales y parasitarias que pueden transmitirse desde la madre al feto o recién nacido (RN) y que representan un riesgo para él. La infección puede ser adquirida en diferentes períodos durante la vida intrauterina y neonatal: in útero, al momento del parto o en período post natal. (Cofre et al, 2016)

El acrónimo TORCH se utiliza en forma universal para caracterizar aquel feto o RN que presenta un cuadro clínico compatible con una infección congénita y permite un enfrentamiento racional, tanto diagnóstico como terapéutico. Los microorganismos clásicamente incluidos son

- Toxoplasma gondii
- Otros Virus
- Rubéola
- Citomegalovirus

- Herpes simple (Lastra et al, 2018).

### Manifestaciones Clínicas

- Enfermedad neonatal: RN gravemente afectado con expresión clínica de una enfermedad generalizada, compromiso del sistema nervioso central (SNC) y con secuelas que no siempre serán modificables con el tratamiento.
- Enfermedad que se manifiesta en los primeros meses de vida: Se incluyen los niños nacidos con enfermedad, aquellos con reconocimiento tardío de la enfermedad independientemente de la gravedad de los síntomas y niños que nacieron asintomáticos y los síntomas se manifestaron tardíamente.
- Enfermedad que se manifiesta tarde en la vida: Se diagnostica por la presencia de una secuela o la reactivación de una infección no diagnosticada durante la infancia.
- Infección asintomática: El 90% de los niños infectados son clínicamente sanos, pueden padecer secuelas o desarrollar corio-retinitis, sordera, hidrocefalia (Salvia et al, 2008).

### Tratamiento

#### Infección Congénita Sintomática

- Pirimetamina Inicio: 1 mg/kg/12 h, durante 48 h posteriormente: 1 mg/kg/día, hasta los 6 meses Del mes 6 al 12: 1 mg/kg L-M-V. Dosis máxima: 25 mg 12 meses
- Sulfadiazina: 100 mg/kg/día, repartido en dos dosis 12 Meses
- Ácido Fólico: 5-10 mg/3 días por semana 12 Meses 1 Semana (Cofre et al, 2016).

## 11. Muerte Materna

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales”. Sin embargo, se hace la diferenciación entre muerte materna directa e indirecta, siendo la muerte materna directa el resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y la causa de muerte indirecta la muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición (OMS, 2012).

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2017 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado (Días et al, 2017).

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 y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas son:

- Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Infecciones (generalmente tras el parto)
- Hipertensión gestacional (Preeclampsia y eclampsia)
- Complicaciones en el parto

- Abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas (Uribe, 2009).

### Impacto Y Magnitud Del Problema En México

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de los países pobres en el mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico.

Comparación de defunciones maternas y defunciones maternas evitables, 2002-2006 y 2007-2011:

Periodo: 2002-2006

- Defunciones maternas: 6263
- Defunciones maternas evitables: 5257
- Defunciones maternas evitables como porcentaje del total de defunciones maternas: 83.9

Periodo: 2007-2011

- Defunciones maternas: 5386
- Defunciones maternas evitables: 4046
- Defunciones maternas evitables como porcentaje del total de defunciones maternas: 75.1 (CONAPO, 2010).

### Prevención

La OMS y la UNICEF recomiendan que los principales tipos de asistencia para hacer efectiva la atención materna infantil deban incluir:

- ✚ Control prenatal oportuno y programado a cargo de personal entrenado. Evitar el embarazo no deseado entre niñas y adolescentes jóvenes, desde los 10 a los 19 años de edad, que tengan medidas de prevención tales como el uso adecuado del preservativo para prevenir enfermedades transmisibles, venéreas y embarazos no deseados.
- ✚ Tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto, tales como hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, preeclampsia y eclampsia.
- ✚ Según la necesidad, practicar intervenciones quirúrgicas necesarias, como operación cesárea, con una adecuada anestesia y transfusión sanguínea en caso de ser necesaria, además de una atención neonatal básica
- ✚ En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- ✚ La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (Álvarez, 2010).

Durante la asamblea general de las naciones unidas de 2015, celebrada en nueva york, el secretario general de las naciones unidas, ban ki-moon presentó la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030. La estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los objetivos de desarrollo sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Como parte de la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad (Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016)

### **III. METODOLOGIA**

#### **Diseño Metodológico.**

Descriptivo por que tienen como objetivo analizar el nivel de aplicación de conocimientos en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, transversal porque recolecta los datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014) y cuantitativo por que los resultados se presentan con datos numéricos. (Canales, 2011).

#### **Universo Y Muestra.**

El universo de estudio está conformado por 28 usuarias y la muestra fue conformada por 28 usuarias que son parte de la población total del centro de salud de la colonia C.N.O.P de iguala guerrero y se brindó información sobre el embarazo adolescente, tomándose en cuenta los datos de los censos de control prenatal.

Se realiza el muestreo por conveniencia ya que la población en la colonia C.N.O.P es pequeña, permitiendo obtener datos básicos y la tendencia con respecto al estudiado realizado, es también útil para documentar una calidad particular del fenómeno de la atención de enfermería que se brinda a las usuarias en control prenatal. Los sujetos se seleccionaron por la conveniente accesibilidad y proximidad hacia el estudio.

### **Criterios de Inclusión.**

Grupo de casos:

- a) Usuaris adolescentes con edad gestacional < de 37 semanas de gestación
- b) Usuaris adolescentes de 14 a 19 años de edad
- c) Sexo: Femenino

### **Criterios de Exclusión.**

Usuaris que no deseen participar en el estudio de investigación y que no cuenten con su consentimiento informado

### **Criterios de eliminación.**

Cuestionarios incompletos

## Operacionalización De Las Variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala De Medición
	Conceptual	Operacional			
Embarazo Adolescente	<p>Embarazo:</p> <p>Adolescencia: Se define como el periodo que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad. En esta etapa el individuo adquiere la capacidad reproductiva, se transforman los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la identidad sexual.</p>	<p>Embarazo: Estado consiente en tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo, después de la fecundación del ovulo 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>	Sociodemográficos	<p>Edad</p> <p>Estado Civil</p> <p>Nivel De Escolaridad</p> <p>Nivel Socioeconómico</p>	<p>14 Años 15 Años 16 Años 17 Años 18 Años 19 Años</p> <p>Soltera Casada Unión Libre</p> <p>Primaria Secundaria Preparatoria Universidad</p> <p>Bajo Medio</p>
Complicaciones durante el embarazo	Hace referencia a todos los problemas que se presentan durante la gestación	Conocimiento de las complicaciones en el embarazo	Fisiológica	<p>Inicio Vida Sexual Activa</p> <p>Número de parejas Sexuales</p> <p>Número de embarazos</p>	<p>10-13 Años 14-16 Años 17-19 Años</p> <p>1 2 3+</p> <p>1 2 3+</p>

				Conoces Métodos Planificación Familiar	Si No
			Conocimiento de signos de alarma en el Embarazo	Signos de Alarma	Cefalea Acúfenos Fosfenos Mareos Edema de cara y pies Sangrado vaginal Salida de líquido vaginal
				Control Prenatal	Si No
Causas del embarazo en adolescentes	Hace referencia a todas esas causas por las cuales deciden quedar embarazadas		Motivos por los cuales decidió embarazarse	No Fue Planeado	Si No
				Falta de madurez	Edad
				Problemas Familiares	Si No
				Mal uso de método anticonceptivo	Condón Inyectable Implante Oral
				Presión parte de la pareja	Si No
				Desconocimiento sobre sexualidad	Si No
				Problemas Socioeconómicos	Si No
				Violación	Abuso Sexual

## **Material Y Método**

**Instrumento:** Se utilizó el Censo de control prenatal del centro de salud de la colonia C.N.O.P y un Cuestionario dirigido para obtener información sobre el conocimiento que presentan las usuarias respecto al embarazo, el cual fue estructurado en apartados conteniendo la fase descriptiva con reactivos donde se obtienen datos personales, para proteger su privacidad no se manejan nombres y la fase analítica contienen preguntas con opción múltiple sobre definiciones, procedimientos y cuidados básicos que se le brindan a la usuaria embarazada, para evaluar el conocimiento que tiene sobre este mismo, se obtuvo el porcentaje de acuerdo a su conocimiento en la pregunta.

## **Trabajo De Campo**

En el centro de salud de la colonia CN.O.P se crea como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio con domicilio en Calle: Alfonso Martínez Domínguez #26 de Iguala de la Independencia Guerrero.

La recolección de datos de las usuarias se realizó con apoyo de Censos de control prenatal del centro de salud C.N.O.P. Se aplicará la encuesta de manera individual en algunos de los casos, se solicita la autorización del estudio de investigación al Director Dr. Martin Díaz Aranda Director del centro de salud "Agustín batalla Zepeda "jefe de los centros de salud y a la encargada del centro de salud de la colonia C.N.O.P la Dra. Adanely Adán Almazán con apoyo del consentimiento informado.

## **Análisis De Datos**

De acuerdo a las variables consideradas se contempló realizar en siguiente plan de análisis: para identificar el grado de conocimiento de la población que se tomó para la realización de la encuesta se utilizaron modelos matemáticos como estadística

descriptiva de frecuencias y porcentajes. Se presentan los resultados en cuadros en Word 2013.

### **Ética De Estudio**

Para esta investigación se consideraron los aspectos éticos según el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación (1987) de acuerdo al título primero, capítulo único, artículo tercero que establece que la investigación para a salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causa de enfermedad práctica médica y estructura social

III. A la prevención y control de los problemas de salud

IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente a la salud

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud.

### **Pauta Ética**

La investigación con seres humanos desde la perspectiva de los derechos humanos, centra su atención en la protección de los sujetos de investigación y está relacionada con el respeto a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona; la protección de la vida del que está por nacer. ("La ética de la investigación Biomédica, 2004") El pacto internacional de derechos civiles y políticos, donde en el artículo 7 se establece que;

<<Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles inhumanos o degradantes. En particular nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos. >>

## **Principios Éticos**

Toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: Respeto por las personas, beneficencia y justicia. (La ética de la investigación biomédica, 2004)

Estos tres principios son los que deben primar y orientar los protocolos de investigación en seres humanos:

1. El **Respeto** por las personas incluye, al menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

-Respeto por la autonomía, lo que implica que las personas capaces de decidir sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.-  
Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada; lo que implica que se debe proporcionar seguridad contra todo daño o abuso aquellas personas dependientes o vulnerables.

2.-La **Beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio establece que los riesgos de la investigación deben ser razonables a la luz de los beneficios esperados. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; no maleficencia (No causar daño).

3.-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, a la parte económica, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en la investigación; haciendo especial hincapié en la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

El término vulnerable alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informando, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto coste, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. En general, los patrocinadores de una investigación o los investigadores mismos, no deben sacar provecho de la relativa incapacidad de los países de bajos recursos o de las poblaciones vulnerables. En general, el proyecto de investigación debería dejar a los países o comunidades de bajos recursos económicamente mejor de lo que estaban. La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó al grupo de usuarias entrevistadas en el Centro de Salud de la colonia C.N.O.P de Iguala, Guerrero para identificar las principales causas de embarazo en los adolescentes.

**Cuadro No.4.1 Grupo de edad**

Edad	Fo	%
14 Años	1	4
15 Años	8	29
16 Años	6	21
17 Años	5	18
18 Años	2	7
19 Años	6	21
Total	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De acuerdo a los resultados obtenidos el 29% corresponde a usuarias de 15 años de edad, el 21% corresponde a 16 años y 19 años respectivamente, el 18% corresponde a 17 años, el 7% corresponde a 18 años y el 4% corresponde a 14

años. La edad es uno de los principales factores de riesgo durante el embarazo ya que el cuerpo al no estar preparado para un embarazo puede desencadenar complicaciones tanto para la madre como el producto tales como; infecciones, abortos, Preeclamsia entro otros.

**Cuadro No. 4.2 Embarazo planeado**

<b>Embarazo Planeado</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	5	18
<b>No</b>	23	82
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

El 82% de las usuarias encuestadas dicen no haber planeado su embarazo, ya que no tenían en sus planes quedar embarazadas, y solo el 18% planeo de manera correcta su embarazo ya que por decisión propia se sentían listas para llevar tal responsabilidad. El planear un embarazo en la adolescencia es muy importante ya que es una responsabilidad muy grande en donde no solo se ve involucrada la mujer embarazada si no todos aquellos que están a su alrededor.

**Cuadro No. 4.3 Estado civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Casada</b>	2	7
<b>Soltera</b>	11	39
<b>Unión Libre</b>	15	54
<b>Viuda</b>	0	0
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De acuerdo al estado civil de las usuarias encuestadas podemos ver que el 54% de ellas vive el Unión Libre, el 39% como solteras y solo el 7% casadas. El estado civil durante un embarazo adolescente influye de muchas maneras ya que si ellas cursan por el embarazo, solteras además de llevar en control del embarazo se ven envueltas en problemas económicos y hasta sociales por el hecho de permanecer sola. Una adolescente embarazada sola también es muy frecuente que curse por una etapa de soledad y se sienta sola, además de insegura por el futuro del bebe.

**Cuadro No. 4.4 Escolaridad**

<b>Escolaridad</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	1	4
<b>Secundaria</b>	14	58
<b>Preparatoria</b>	9	38
<b>Universidad</b>	0	0
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De todas las participantes encuestadas podemos observar que el 58% del total solo cuenta con nivel de preparación de nivel secundaria, 38% cuentan con la preparatoria y el 4% solo con primaria. Este punto del nivel de escolaridad es muy importante porque de esto depende el nivel de conocimientos que tienen las embarazadas sobre el riesgo del embarazo a temprana edad, a poder dar importancia al control durante el embarazo y sobre todo a saber cómo evitarlo.

**Cuadro No 4.5 Nivel socioeconómico**

<b>Nivel Socioeconómico</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	0	0
<b>Medio</b>	22	79
<b>Bajo</b>	6	21
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De acuerdo a los datos obtenidos podemos observar que el 79% de las encuestadas tienen un nivel socioeconómico medio siendo este la mayoría, y el 21% de nivel bajo. Con esto nos damos cuenta que prácticamente el 100% de las embarazadas están expuestas a tener problemas económicos desde temprana edad, con lo cual son ellas quienes deben buscar alternativas para poder llevar de buena manera el embarazo.

**Cuadro No. 4.6 Estudia antes del embarazo**

<b>Estudia Antes Del Embarazo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	16	57
<b>No</b>	12	43
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

Del total de embarazadas encuestadas el 57% de ellas estaba estudiando antes de quedar embarazada y el 43% no estudiaba. Esto es muy importante ya que una de las principales causas que hacen que las adolescentes abandonen sus estudios es el quedar embarazada a temprana edad, con lo cual es muy difícil que estas mismas vuelvan incorporarse a sus escuelas ya que ahora deben pasar el mayor tiempo con su bebe dándole sus cuidados correspondientes

**Cuadro No. 4.7 Apoyo De Padres**

<b>Apoyo De Padres</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	21	75
<b>No</b>	7	25
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De la muestra en estudio el 75% cuentan con el apoyo de sus padres para llevar adelante su embarazo, mientras que el 25% no recibió ningún tipo de apoyo de sus padres. Durante el embarazo adolescente es muy importante recibir apoyo de los padres ya que las adolescentes se sienten abrumadas por todo el estrés que lleva el embarazo y a esto se suma el que estén sin apoyo, les puede ocasionar graves problemas psicológicos.

**Cuadro No. 4.8 Edad Inicio Vida Sexual Activa**

<b>Edad Vida Sexual Activa</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>13 Años</b>	1	3.5
<b>14 Años</b>	5	18
<b>15 Años</b>	16	57
<b>16 Años</b>	2	7
<b>17 Años</b>	3	11
<b>18 Años</b>	1	3.5
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

El mayor número de incidencia la encontramos en las adolescentes de 15 años con un 57%, seguido de los 14 años con 18%, en tercer lugar están las adolescentes que iniciaron a la edad de los 17 años con 11%, con lo cual podemos ver que el inicio de la vida sexual activa se da a muy temprana edad. La edad en que se da inicio a la

vida sexual es muy importante, ya que debemos preparar a los adolescentes para tratar de explicar los riesgos que lleva dar inicio temprano, se deben considerar desde el embarazo a temprana edad, así como adquirir algún tipo de infección por transmisión sexual. Es importante contar con una edad idónea para dar inicio a esta actividad, ya que requiere de mucha responsabilidad tanto de la mujer como del hombre, y así evitar embarazos a temprana edad.

**Cuadro No. 4.9 Número De Parejas Sexuales**

<b>Numero Parejas Sexuales</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>1 Pareja</b>	9	32
<b>2 Parejas</b>	11	39
<b>3 + Parejas</b>	8	29
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

El 39% de las usuarias encuestadas mencionan que han tenido como máximo 2 parejas sexuales, y un 32% una sola pareja, dejando así solo con 29% aquellas que han tenido más de 3 parejas sexuales. El tener un mayor número de parejas sexuales aumenta la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, VPH, sífilis entre otras, y todas estas enfermedades son factores de riesgos directos durante el embarazo, puede haber complicaciones tanto para el producto como a la madre.

**Cuadro No. 4.10 Apoyo Por Parte De La Pareja**

<b>Apoyo De Pareja</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	16	57
<b>No</b>	12	43
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De acuerdo a los resultados obtenidos el 57% de las usuarias reciben apoyo de su pareja durante el embarazo y el 43% cursan su embarazo sin ningún apoyo de sus parejas. El apoyo de la pareja durante el embarazo es muy importante ya que le da confianza y ánimos para llevar un buen control del mismo, así como para dar cuidados cuando ella los necesite, por lo tanto se deben involucrar las dos partes durante todo el transcurso del embarazo para lograr un buen control prenatal.

**Cuadro No. 4.11 Conocimiento Métodos P.F**

<b>Conocimiento Métodos P.F</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	28	100
<b>No</b>	0	0
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De acuerdo a los datos obtenidos el 100% de las usuarias conocen o han escuchado hablar sobre métodos de planificación familiar, sin embargo en cuestión de aplicación parece ser que aún falta una óptima aplicación para evitar embarazos adolescentes o enfermedades de transmisión sexual.

**Cuadro No. 4.12 Conocimiento métodos planificación familiar de pareja**

<b>Conocimiento Métodos P.F Pareja</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	26	93
<b>No</b>	2	7
<b>Total</b>	28%	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

El 93% de las parejas de las usuarias encuestadas tienen conocimiento sobre métodos de planificación familiar, de esta manera es muy importante dar toda la información posible P.F con la finalidad que en pareja se sientan tranquilos y hagan buen uso de los mismos.

**Cuadro No. 4.13 Consumo de alcohol o drogas**

<b>Consumo Alcohol O Drogas</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	0	0
<b>No</b>	28	100%
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

El 100% de las encuestadas rechazan el consumir alcohol o algún tipo de droga durante el embarazo, es muy importante recordad que el consumo de estas sustancias tienen múltiples consecuencias durante el embarazo tanto para el producto como para la madre.

**Cuadro No 4.14 Conocimiento De Signos Y Síntomas De Alarma En El Embarazo**

<b>Conocimiento Signos y Síntomas Alarma</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Dolor De Cabeza</b>	20	22
<b>Acufenos (Zumbidos)</b>	8	9.5
<b>Fosfenos (Lucecitas)</b>	9	10.4
<b>Mareos</b>	19	21.8
<b>Edema Cara Y Pies</b>	7	8.0
<b>Producto no se Mueve</b>	1	1.1
<b>Sangrado Vaginal</b>	17	20
<b>Salida liquido Vaginal</b>	6	7.2
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

Dentro de los signos y síntomas de alarma más conocidos de acuerdo a los resultados podemos ver que el 22% identifica el dolor de cabeza como el principal signo de riesgo, el 21.8% ubica los mareos, el 20% el sangrado vaginal, el 10.4% los fosfenos seguido del 9.5% de acufenos, el 8% identifica el edema, el 7.2% salida de líquido vaginal y el 1.1% cuando el producto no se mueve.

Con esto podemos ver que las adolescentes embarazadas si están conscientes de cómo identificar estos signos de alarma, gracias a la gran cantidad de información que hay en el lugar donde se atienden, con lo cual se hace más fácil a la hora de actuar en caso de alguna emergencia.

**Cuadro No. 4.15 Motivo Por El Cual Se Embarazo**

<b>Motivo Por El Cual Se Embarazo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>No Fue Planeado</b>	19	33
<b>Falta De Madurez</b>	17	30
<b>Problemas Familiares</b>	6	10
<b>Por Amor</b>	13	23
<b>Mal Uso Método P.F</b>	1	2
<b>Presión De Pareja</b>	1	2
<b>Desconocimiento sobre Sexualidad</b>	0	0
<b>Seguir Amigas</b>	0	0
<b>Problemas Económicos</b>	0	0
<b>Violación</b>	0	0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De los resultados obtenidos el 33% de las embarazadas adolescentes afirman que el motivo de su embarazo es que no fue planeado, el 30% se embarazo por falta de madurez al no pensar bien las cosas, el 23% se embarazo por amor a su pareja y el 10% se embarazo por problemas familiares que tenían en casa. Con estos datos podemos darnos cuenta que la mayoría de estos embarazos no son planeados, seguido de la falta de madurez de las adolescentes lo cual nos lleva a embarazos no deseados o problemas con la adolescente embarazada ya que por su misma perspectiva todo lo toman a la ligera y no logran comprender la gran responsabilidad que ahora llevan, desde su hogar deben tener una buena comunicación con sus padres ya que a pesar de tener una gran cantidad de información acerca de P.F sigue habiendo embarazos adolescentes cada vez más frecuentes.

**Cuadro No. 4.16 Control Prenatal**

<b>Control Prenatal</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	28	100
<b>No</b>	0	0
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Encuesta para identificar las principales causas del embarazo en adolescente del Centro de Salud C.N.O.P de Iguala De La Independencia, Guerrero. No. 28*

De las adolescentes embarazadas encuestadas mencionan que el 100% de ellas llevan su control prenatal en el centro de salud C.N.O.P, es importante informar a las adolescentes que un control prenatal adecuado puede mantener un embarazo estable y prevenir posibles complicaciones y así poner en riesgo la vida de la madre y el producto, con el control también se busca disminuir la mortalidad materna en este grupo de edad ya que son las más vulnerables.

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos con forme al instrumento empleado en el centro de salud de la colonia C.N.O.P nos arrojó que el 82% de las encuestadas no planeo su embarazo siendo que dentro de las edades el 29% de las encuestadas cursan la edad de 15 años siendo este el mayor porcentaje. De los resultados obtenidos uno de los que más llamo la atención es que el 57% de las encuestadas inicio su vida sexual a los 15 años y justo a esa edad logran quedar embarazadas en su primer relación sexual aun sin importar que el 100% de todas las encuestadas conocen más de un método de planificación familiar.

Para responder esta duda solo debemos ver los resultados que se lograron al preguntar cuál fue el motivo por el cual se embarazo, los resultados marcan que el 33% no planeo su embarazo seguido del 30% quienes por falta de madurez tomaron la decisión de quedar embarazadas.

Esto quiere decir que se embarazan a temprana edad por que no tienes la madurez suficiente para tomar una buena decisión y como esta va a repercutir durante el resto de su vida, es aquí donde entra la importancia de una buena comunicación con los padres, ya que ellos son los principales pilares que pueden llevar a una adolescentes a tomar buenas o malas decisiones, aun cuando podemos ver en los resultados que el 75% de los padres de las adolescentes apoyan a sus hijas durante el embarazo porque saben que no es algo fácil de llevar adelante sin ayuda de alguien.

## Sugerencias

-Como personal de salud, dar toda la información necesaria a los adolescentes propensos a tener un embarazo a temprana edad

-Promover entre los adolescentes la sexualidad segura, otorgando información precisa sobre todas las dudas que estos tengan.

-Incentivar a los padres tener una buena relación con los hijos, ya que muchas veces no se les tiene el cuidado y cariño deseado y esto los lleva a tomar decisiones apresuradas.

-Involucrar a las escuelas para poder dar pláticas sobre estos temas de sexualidad de manera oportuna y sin ningún tipo de restricción.

-Dar información oportuna sobre las consecuencias de ingerir sustancias nocivas durante el embarazo

-Dar a conocer a las madres adolescentes la importancia de tener un control prenatal adecuado e informar sobre signos y síntomas de alarma

-Informar a las madres adolescentes para saber qué hacer en casa de presentar un signo o síntoma de alarma.

-Incentivar a las madres adolescentes a que una vez dado el alumbramiento sigan teniendo las ganas de estudiar, ya que el estudio es una de las armas que tienen para su futuro.

## VI. BIBLIOGRAFIA

Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Qureshi Z, Widmer M, Vogel JP. (2014) Pre-Eclampsia, Eclampsia And Adverse Maternal And Perinatal Outcomes: A Secondary Analysis Of The World Health Organization Multicountry Survey On Maternal And Newborn Health.

Aguilar María & García Posada Lucero. (2011) Factores Socioeconómicos Y Culturales Relacionados Con El Embarazo En Adolescentes De Una Comunidad Rural. Secretaría De Salud Del Estado De Tabasco. Recuperado De <https://www.redalyc.org/pdf/487/48707204.pdf>

Aguilera Cristina & Izarra Arguiñe. (2010) Abuso De Sustancias Tóxicas Durante El Embarazo. Preguntas Y Respuestas En Farmacología Clínica. Recuperado De <https://www.lcf.uab.cat>

Aláez, Máximo; Madrid, Juan; Antona, Alfonso. (2011) Adolescencia Y Salud Papeles Del Psicólogo, Vol. 23, Pag. 84. Consejo General De Colegios Oficiales De Psicólogos Madrid, España

Alkourdi (2018). Gestión Del Riesgo: Controles, Tratamientos. XXIII Curso De Actualización En Obstetricia Y Ginecología. Granada, España. Recuperado De <http://www.hvn.es>

Álvarez Alva R. (2010) Salud Pública Y Medicina Preventiva. El Manual Moderno.

Álvarez-Hernández G. Salazar-Arriola SA. Bocanegra-Luna C. (2012). Guía Para El Diagnóstico Y Manejo De La Sífilis En El Embarazo, Y Prevención De La Sífilis Congénita. 1ª. Secretaría De Salud Pública Del Estado De Sonora.

Anzalone L & Mattera A. Infecciones De Transmisión Sexual. Temas De Bacteriología Y Virología Médica. (2008). Recuperado De <http://higiene1.higiene.edu.uy>

Armando Romina. Liascovich Rosa. María Elena Meroni. (2015). Anomalías Congénitas, Enfoque Para La Atención Primaria En Salud. Ministro De Salud Argentina.

Arnedillo Sánchez María Del Socorro, Barroso Casamitjana Almudena, Ruiz Ferrón María Cecilia. (2010). Actuación En Un Desprendimiento Prematuro De Placenta Normalmente Inserta. Estudio De Un Caso. Hospital De La Mujer Sevilla.

Arribas Castrillo JM, Vallina Álvarez E. (2010). Anemia, Concepto, Fisiopatología. Hematología Clínica: Temas De Patología Médica. Oviedo: Ediuno; Pag25-33. Recuperado De [Https://Repositorio.Unican.Es](https://Repositorio.Unican.Es)

Artal Mittelmark Raul. (2017) Factores De Riesgo Para Complicaciones Durante El Embarazo. Department Of Obstetrics, Gynecology and Women's Health, Saint Louis University School Of Medicine.

Ávila García Sergio, Alfaro Moya Tommy, Olmedo Soriano Johnny. (2016). Generalidades Sobre Placenta Previa Y Acretismo Placentario. Revista Clínica De La Escuela De Medicina UCR. Recuperado De <http://www.medigraphic.com>

Balade Y, Carrizo V, Mielnikowicz T, Nicastro A, Suares Ordones S. (2010). Embarazo No Deseado; Su Asociación Con Características Sociodemográficas Y Correlación Con Conocimientos En Procreación. Sociedad De Obstetricia Y Ginecología

Ballesteros. Calero. Aurora Cecilia. Cristina Almansa González. Viviana Arreo Del Val. Aida Suárez Barrientos. Eduardo Franco Díez. Borja Ruiz Mateos. Jaime Campos Pavón 2015. Enfermería Maternal. Manual Amir Enfermería. 4º Edición.

BlogPost. (2011). Embarazo En La Adolescencia.

BlogPost. (2015). Consecuencias físicas, psicológicas, sociales durante el embarazo adolescente.

Cararach Ramoneda. V. & Mussons. Botet. F. (2012). Preeclampsia, Eclampsia y síndrome HELLP. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínica de Barcelona.

Cárdenas F & Riveros J. (2011) Embarazo Y Piel. Revista Boliviana Dermatológica.

Carreras J. (2010) Protocolos De Obstetricia Y Medicina Perinatal Del Instituto Universitario Dexeus, 4.ª Ed. Barcelona: Elsevier

Castillo Cartin A. (2011).Diabetes Mellitus Gestacional Generalidades. Revista Costa Rica Y Centro América.

Cervantes G. Infecciones Causadas Por Chlamydia trachomatis. Dpto. Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM. Monografía. (2009)

Cofre Fernanda, Delpiano Luis, Labraña Yenis, Reyes Alejandra, Sandoval Alejandra E Izquierdo Giannina. (2016). Síndrome De TORCH: Enfoque Racional Del Diagnóstico Y Tratamiento Pre Y Post Natal. Recomendaciones Del Comité

Consultivo De Infecciones Neonatales Sociedad Chilena De Infectología.  
Santiago, Chile. Hospital Roberto Del Río.

Comisión De Salud Pública De Boston. (2010). Herpes Genital. Enfermedades Infecciosas. Massachusetts.

CONAPO. (2010). Indicadores demográficos básicos 1990-2010. Consultado en <http://www.conapo.gob.mx>

Consejo De Salubridad General (2009).Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial de aborto recurrente. México, CENETEC.

Consejo De Salubridad General (2014). Guía Práctica Clínica (GPC). Prevención, Diagnóstico, Tratamiento Y Referencia De La Gonorrea. México, CENETEC

Consejo De Salubridad General. (2012). Guía De Práctica Clínica Anomalías En La Inserción Placentaria Y Vasos Sanguíneos Fetales. México, CENETEC.

Consejo De Salubridad General. (2012). Guía De Práctica Clínica. Diagnóstico Y Tratamiento De La Hemorragia Obstétrica En La Segunda Mitad Del Embarazo Y Puerperio Inmediato. México, CENETEC

Consejo De Salubridad General. (2012). Prevención Y Diagnóstico Oportuno De La Infección Del Tracto Genitourinario Inferior Por Chlamydia Trachomatis. México, CENETEC

Contreras Eduardo, Zuluaga Sandra, Ocampo Vanesa. (2012). Sífilis: la gran simuladora. Asociación Colombiana de Infectología.

Díaz Santana, Delgado Rizo M, Benavides García, Rivas-Moreno J. (2017) Morbilidad Materna Severa Periodo Enero A Diciembre 2017. Revista Médico-Científica De La Secretaría De Salud Jalisco.

Díaz, M., Sequeira, M. Y Garita, C. (2012). Manual En Consejería En Salud Sexual Y Reproductiva Para Los Y Las Adolescentes. San José: Programa Atención Integral A La Adolescencia, Caja Costarricense Del Seguro Social.

Domínguez L. (2010). El Intervalo Intergenésico: Un Factor De Riesgo Para Complicaciones Obstétricas Y Neonatales. Clínica Investigación Ginecología y Obstetricia. Bolivia. Recuperado De <https://www.ecorfan.org>

Donald.E Greydamus. (2015) American Academy of Pediatrics, Adapted from Caring for Your Teenager.

Fallas H. & Valverde O. (2012). Sexualidad y Salud Sexual Reproductiva en la Adolescencia. Módulo de Capacitación para personal de Salud. Guía Metodológica. San José: Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense del Seguro Social

Fawed Reyes Oscar, Erazo Coello Alejandro, Carrasco Medrano Jenny Carolina, Gonzales Darío. (2016). Complicaciones Obstétricas En Adolescentes Y Mujeres Adultas Con O Sin Factores De Riesgo Asociados. Archivos De Medicina.

Fosado Álvarez María Guadalupe. Sandoval Vivanco Claudia. Palma Alma Fabiola. (2010). Factores Psicosociales Que Influyen En Embarazos No Planeados. Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo, Área Académica De Trabajo Social.

Friedman.S. (2010). Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). Am J Obstet Gynecol

Galán Castellano. Fanny. (2010). Enfermería. Fecundación y embarazo. Servicio Nacional De Aprendizaje. Bogotá. Recuperado De: <https://www.guao.org>

Guía De Práctica Clínica (2016). Diagnóstico Y Tratamiento De La Diabetes En El Embarazo. Consejo De Salubridad General. México, CENETEC.

Guía De Práctica Clínica (2016). Prevención, Diagnóstico Y Tratamiento En El Binomio Madre-Hijo Con Infección Por El VIH. Consejo De Salubridad General. México, CENETEC.

Guía De Práctica Clínica. (2014). Diagnóstico Y Tratamiento De La Anemia En El Embarazo. Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Consejo De Salubridad General

Guía De Práctica Clínica. (2015) Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre Hijo Con Infección Por El VIH. Consejo De Salubridad General México CENETEC

Guía Práctica Clínica (2012). Diagnóstico Y Manejo Del Embarazo Múltiple. Consejo De Salubridad General. México, CENETEC (2012).

Guías Clínicas Semergen (2016). Guías Clínicas Diabetes Mellitus; Diabetes: Clasificación, Detección Precoz Y Diagnóstico.

Guzmán Violeta, García Patricia, Liu Humberto. (2011). Talla Materna Baja Como Factor De Riesgo De Cesárea. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén y del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Hernández García & Elizabeth. Gloria. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México

Hinojosa M, Hernández AF, Barrera T, Gayosso M. (2010). Prevalencia De Diabetes Mellitus Gestacional Hospital Juárez De México. (2010)

Homero Gutiérrez Cesar, Alatorre Ricardo Julio, Cantú Rodríguez Olga, Gómez Almaguer David (2012). Síndrome De HELLP, Diagnóstico Y Tratamiento. Revista De Hematología. México

Huerta Gutiérrez Maura Leticia (2012). Taller Sobre Prevención Del Embarazo Adolescente. Dirigido A Personal Educativo Y Salud. Estado De Coahuila. Recuperado De: [Http://Cedoc.Inmujeres.Gob.Mx](http://Cedoc.Inmujeres.Gob.Mx)

INEGI (2010). Encuesta Nacional de Población. Cambios de población en México.

INEGI. (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica En México

Informe De Consulta Técnica (2016).Acelerar El Progreso Hacia La Reducción Del Embarazo En La Adolescencia En América Latina Y El Caribe. (Washington)

Labastida Mariana. (2012). Embarazo Adolescente en Guerrero. Agencia Proceso

Lapidus M Alicia. (2012). Modificaciones del aparato respiratorio en el embarazo. IntraMed en la especialidad de Tocoginecología. Recuperado De: <https://www.intramed.net/>

Lastra Pérez Liana, Vilches Lescaille Deysi, Osorio Illas Lisis, Ramos López Deysi. (2018). Manifestaciones Clínicas Asociadas Al Síndrome De TORCH. Revista Cubana De Oftalmología.

López Esther. (2011). Seminario; Placenta Previa. Ciudad De México

López Nidia, Bernasconi Amelia, Lapidus Alicia, Vampa Gustavo. (2010). Manejo de la Preeclampsia y Eclampsia Grave. Sociedad Argentina de Hipertensión y Embarazo.

Lozano Bustillo Alejandra, Betancourt Meléndez Rosario, Cuevas Núñez José Emmanuel, Portillo Pineda Vanessa, Lozano Bustillo Leonera. (2016). Sobrepeso Y Obesidad En El Embarazo; Complicaciones Y Manejo. Archivos De Medicina. México.

Martínez Monsalvez Andrés. (2009). Embarazo Adolescente, Promoción Y Prevención. Universidad De Las Américas Chile.

Martínez-Vázquez, María de los Ángeles & Murguía-Martínez. Pedro (2010). Anemias. Gac Méd Méx Vo1.134.

Monge Cindy. (2018). SINDROME DE HELLP. Revista Médica Sinergia Vol.3 Pag.58

Montoya Blanco Jazmín. (2013). Causas Del Embarazo Adolescente y Las Consecuencias sociales De La Maternidad Precoz. Universidad Autónoma

Del Estado De México unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl  
licenciatura En Educación Para La Salud.

Newman MG. (2010). Perinatal outcomes in preeclampsia that is complicated by massive proteinuria. *Obstet Gynecol. Wisconsin.*

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención De La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio Y Del Recién Nacido. Criterios Y Procedimientos Para La Prestación Del Servicio. Secretaria De Salud, México.

Ojeda, R., Ángel, K. (2016). Período Intergenésico Corto Y Factores Asociados, En Embarazadas Hospitalizadas En Acanceh, Yucatán, México. *Revista De Ciencias De La Salud, México.*

OMS. (2011). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Organización Mundial De La Salud. Recuperado. De: <https://www.who.int/es>

OMS. (2012). Aborto. Organización Mundial De la Salud. Recuperado. De: <https://www.who.int/es>

OMS. (2012). Muerte Materna. Organización Mundial De la Salud. Recuperado. De: <https://www.who.int/es>

OMS. (2016). Anomalías Congénitas. Organización Mundial De La Salud. Recuperado. De: <https://www.who.int/es>

OMS. (2018) La Violencia Infligida Por La Pareja Y La Salud De La Mujer. Género Y Salud De La Mujer. Organización Mundial De la Salud. Recuperado. De: <https://www.who.int/es>

Ortiz Carbajal Uris (2018). En Guerrero De Cada 100 Embarazos, 23 Son Adolescentes: La Secretaría De Salud. Guerrero, Enfoque Informativo.

Paucar Espinal Gina. (2012). Parto Pretérmino Y Amenaza De Parto Pretérmino. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Seminario.

Peña Briceño Jesús. (2010). Presentación Pelviana; Factores Determinantes. Boletín Médico De Postgrado Vol XI n° 1. México.

Phyllis August. (2018). Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. UpToDate. Recuperado De: <http://www.uptodate.com/contents/Eclampsia>

Purizaca Manuel. (2010). Modificaciones Fisiológicas En El Embarazo. Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia.

Rasero JL, Carrillo Badillo P, Feo Díaz C, González Laborda R, González González N. (2010) Anemia ferropénica del embarazo: monografía de actualización clínica. Pag.119.

Reyes Jiménez & Ma. De Socorro. (2012). El Embarazo En Adolescentes, Como Consecuencia De La Disfuncionalidad Familiar, Facultad De Psicología UNAM. México D.F.

Rodríguez Rojas Julieta. Carlos Garita Arce Marco Díaz Alvarado Mynor Sequeira Solano. (2010). Programa Atención Integral A La Adolescencia. Caja Costarricense De Seguro Social

Safrazian N. (2007). Guía Para El Seguimiento De Pacientes Con Anemia Ferropénica. Rev Hosp Jua Mex.

Salvia María Dolores, Álvarez Enriqueta, Bosch Jordi, Goncé Anna. (2008) Infecciones Congénitas. Hospital Clínica. Barcelona.

SEP (2011) Embarazo Adolescente Guerrero. Secretaria De Salud Pública. Guerrero, México.

Sibaja Muñoz Lorna & Vargas Quesada Natalia. (2011). Manejo De La Hiperémesis Gravídica. Ginecología Y Obstetricia. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica.

Soto Espinosa Angélica Jocelyn. (2017). La violencia detrás del embarazo adolescente. Red Nacional de Periodistas y del Observatorio de Femicidio en Campeche. 2017 México.

Spano. Sedra (2012). Etapas del Desarrollo en Adolescentes. ACT for Youth Center of Excellence Stages of Adolescent Development. USA.

SSA. (2012). Prevención, Diagnóstico y Manejo de Preeclamsia/Eclampsia. Dirección General De Salud Reproductiva. Secretaria De Salud. México.

Susacasa Sandra. (2013). Análisis De Factores Sociodemográficos Como Determinantes En La Multiparidad Y Su Relación Con La Mortalidad Materna. Hospital Materno Infantil "Ramón Sadra". Argentina.

Tapia Jorge & Mery Victoria. (2011) Preeclampsia Y Eclampsia Una Causa De Síndrome De Hiperperfusión Encefálica. Departamento De Neurología Escuela De Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tilli Miguel. (2010). Herpes Genital Y Embarazo. Revista De Salud. Buenos Aires Argentina.

UNFPA. (2018). América Latina Y El Caribe Tienen La Segunda Tasa Más Alta De Embarazo Adolescente En El Mundo.

UNICEF. (2011) La Adolescencia Temprana Y Tardía. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Obtenido De <https://www.unicef.org/es>

UNICEF. (2011). Adolescencia Una Etapa Fundamental. Fondo De Las Naciones Para La Infancia. Recuperado de: <https://www.unicef.org/>

UNICEF. (2011). La Adolescencia Temprana Y Tardía. Fondo De Las Naciones Para La Infancia. Recuperado de: <https://www.unicef.org/>

UNICEF. (2018) Adolescencia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Recuperado de: <https://www.unicef.org/>

UNICEF. (2018). Embarazo Adolescente En El Mundo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Obtenido De <https://www.unicef.org/es>

Vallejo Barón Juliana. (2013). Embarazo En Adolescentes Y Sus Complicaciones. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica. Pag: 28, 29.

Vigil De Gracia Paulino. (2015). Síndrome HELLP. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja de Seguro Social, Panamá, Panamá.

Villalobos Hernández Aremis. Lourdes Campero.Leticia. Suárez-López. Erika. (2015). Embarazo Adolescente Y Rezago Educativo: Análisis De Una Encuesta Nacional En México. Dirección De Salud Reproductiva, Centro De Investigación En Salud Poblacional, Instituto Nacional De Salud Pública. México Recuperado De: <http://Familiasysexualidades.Inmujeres.Gob.Mx/Pdf/Estudio-Eare.Pdf>.

Voto Liliana.S. (2014). Parto pretérmino. Consenso. Recuperado De: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_Partos\\_Pretermino.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Partos_Pretermino.pdf)

Zamorano Nieves Miriam. (2015). Desprendimiento Prematuro De Placenta Normalmente Inserta. Servicio De Obstetricia Y Ginecología Hospital Universitario Virgen De Las Nieves Granada.

## VII. ANEXOS

### ANEXO "A" CONSENTIMIENTO INFORMADO



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA INCORPORADO  
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

### CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

A quien corresponda

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar en la investigación "Principales causas del embarazo adolescente de la colonia C.N.O.P." Recibí la explicación de los objetivos y la finalidad del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente para la realización del trabajo de investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aun 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 registrada con número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estoy de acuerdo en participar y expreso mi conformidad firmando el presente consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma Aceptación

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador

## ANEXO B "INSTRUMENTO DE MEDICIÓN"



### CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA ENCUESTA SOBRE PRINCIPALES CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA COLONIA C.N.O.P

FOLIO No. \_\_\_\_\_

La presente encuesta tiene como finalidad identificar las principales causas de embarazos en adolescentes en la colonia C.N.O.P. Por tal razón necesitamos apoyo contestando las siguientes preguntas con toda la veracidad posible, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

1.- Cual es tu edad?

12\_\_\_ 13\_\_\_ 14\_\_\_ 15\_\_\_ 16\_\_\_ 17\_\_\_ 18\_\_\_ 19\_\_\_

2.-Planeaste tu embarazo?

SI:

NO:

3.-Estado civil

Casada\_\_\_ Soltera\_\_\_ U. Libre\_\_\_ Viuda:

4.-Que escolaridad tienes?

Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Preparatoria\_\_\_ Universidad\_\_\_

5.-Nivel socioeconómico

Bajo\_\_\_ Medio\_\_\_ Alto\_\_\_

6.-Estudiabas antes de quedar embarazada?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

7.-Tus padres te apoyan en tu embarazo?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

8.-A qué edad inicia tu vida sexual activa?

12\_\_\_ 13\_\_\_ 14\_\_\_ 15\_\_\_ 16\_\_\_ 17\_\_\_ 18\_\_\_ 19\_\_\_

9.-Parejas sexuales?

1\_\_\_ 2\_\_\_ 3+\_\_\_

10.-Tu pareja te apoya en el embarazo?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

11.-Conoces métodos de planificación familiar?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

12.-Tu pareja conoce métodos de planificación familiar?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

13.-Consumes alcohol o algún tipo de droga?

SI\_\_\_NO\_\_\_

14.-Conoces síntomas y signos de alarma en el embarazo?

Dolor de cabeza \_\_\_\_

Zumbidos (Acúfenos) \_\_\_\_

Lucecitas (Fosfenos) \_\_\_\_

Mareos \_\_\_\_

Hinchazón de cara y pies \_\_\_\_

Tu bebe no se mueve \_\_\_\_

Sangrado vaginal \_\_\_\_

Salida de líquido por vagina \_\_\_\_

15.-Por qué decidiste embarazarte?

No fue planeado\_\_\_\_

Falta de madurez\_\_\_\_

Problemas Familiares\_\_\_\_

Por amor\_\_\_\_

Mal uso de método anticonceptivo\_\_\_\_

Presión de tu pareja\_\_\_\_

Desconocimiento o falta de información sobre sexualidad\_\_\_\_

Seguir a tus amigas\_\_\_\_

Problemas socioeconómicos\_\_\_\_

Violación\_\_\_\_

## ANEXO C "PERMISO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN EN C.S CNOP"



IGUALA GRO A 15 DE OCTUBRE DEL 2018

C.DR: MARTIN DIAZ ARANDA  
Director del C.S  
Agustín Batalla Zepeda

El que suscribe Kris Kristofferson Hurtado Rebolledo, estudiante de enfermería y obstetricia en el Centro Universitario Juan Ruiz De Alarcón ubicado en la ciudad de Iguala Gro, con matricula N° 414542332

Me dirijo a usted por medio de la presente a su digno cargo para solicitar el permiso pertinente para elaborar unas encuestas en el centro de salud de la colonia C.N.O.P, ya que para obtener el título de licenciado en Enfermería Y Obstetricia, estoy realizando una tesis con el nombre: Principales Causas De Embarazo En Adolescentes de la colonia C.N.O.P las encuestas serán de carácter confidencial y solo para la realización de la tesis.

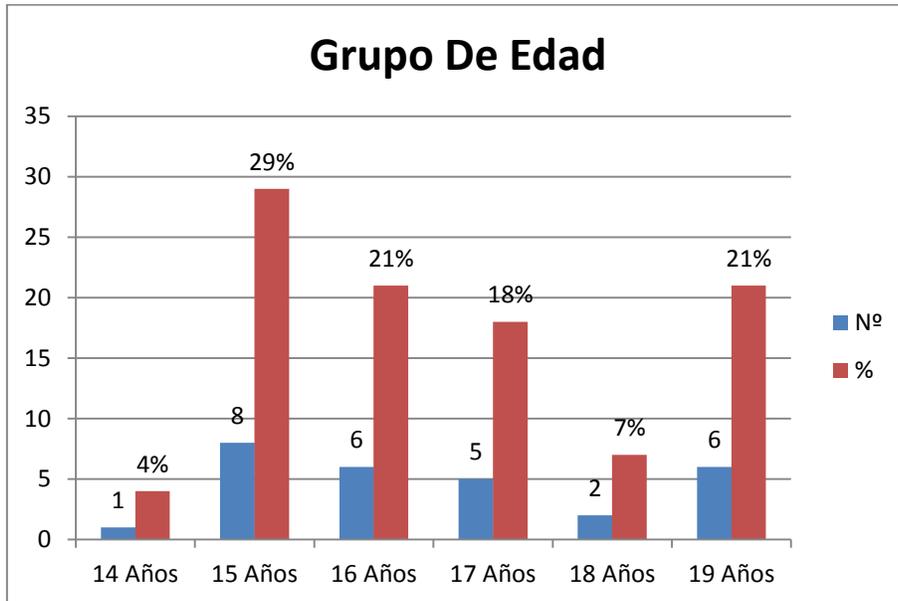
Se anexa formato de encuesta

Sin más por el momento y de antemano agradeciendo su apoyo quedo de usted.

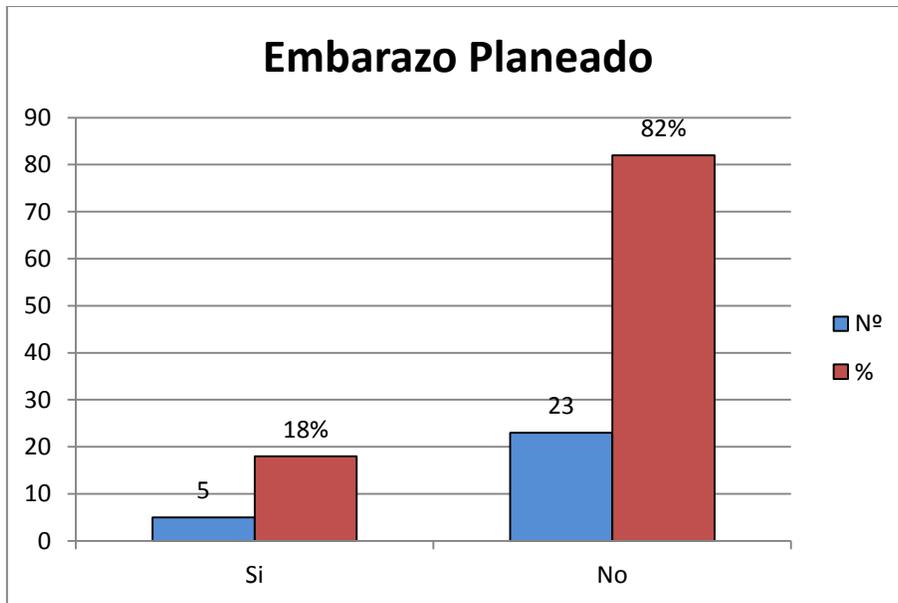
---

Estudiante Enfer y Obst.  
KRIS KRISTOFFERSON HURTADO REBOLLEDO

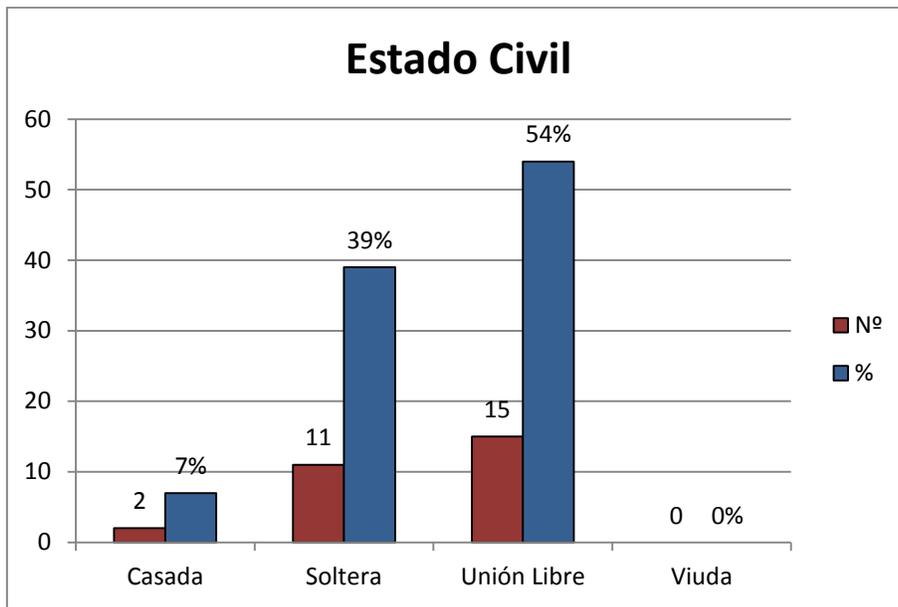
**ANEXO D "DATOS ESTADISTICOS GRAFICOS"**



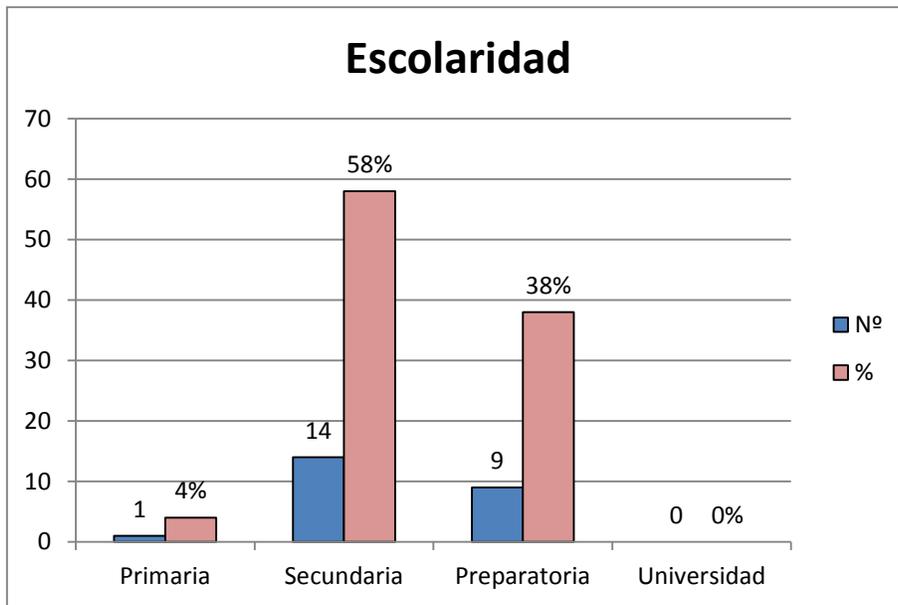
*Grafica de acuerdo a datos sobre la edad de las encuestadas en el centro de salud C.N.O.P*



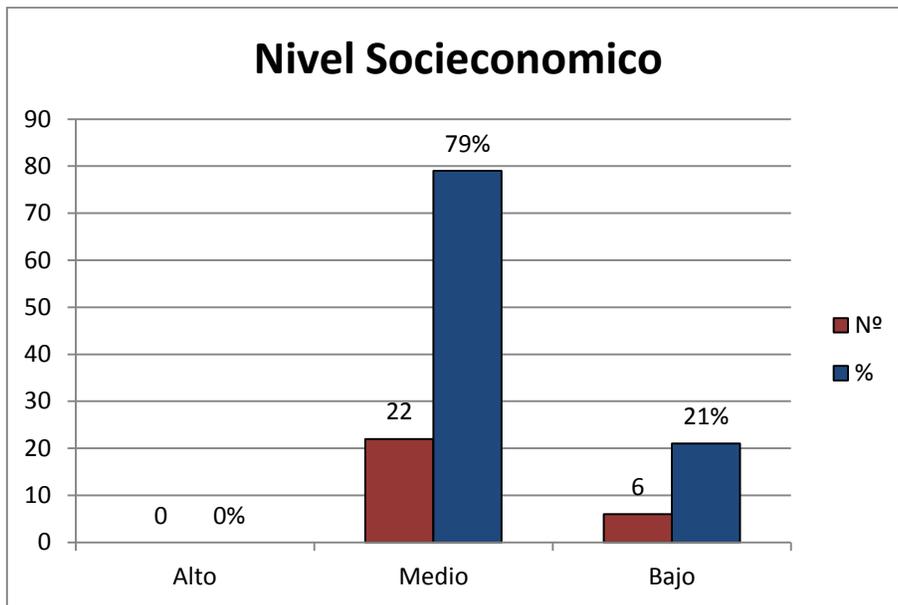
*Grafica de acuerdo a la clasificación de si el embarazo que llevan ahora fue planeado o no de las encuestadas del centro de salud C.N.O.P*



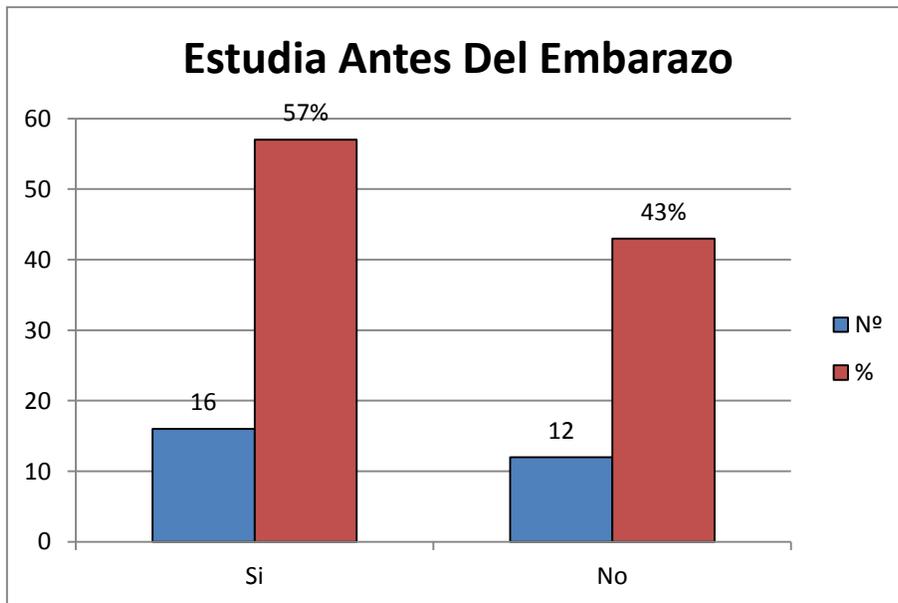
*Grafica de acuerdo al estado civil de las usuarias encuestadas en el centro de salud C.N.O.P*



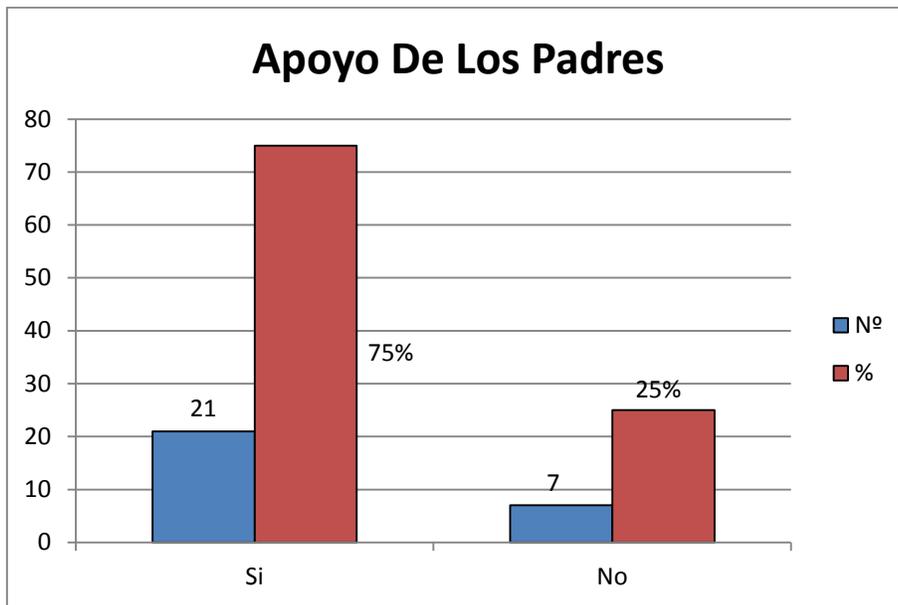
*Grafica de acuerdo a la escolaridad de las encuestadas en el centro de salud C.N.O.P*



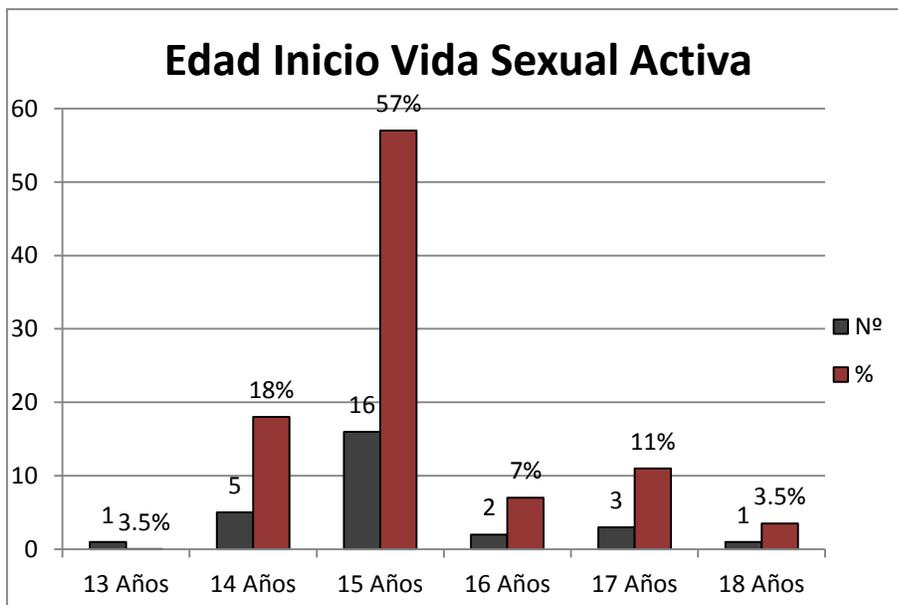
Grafica de acuerdo al nivel socioeconómico de las usuarias encuestadas en el centro de salud C.N.O.P



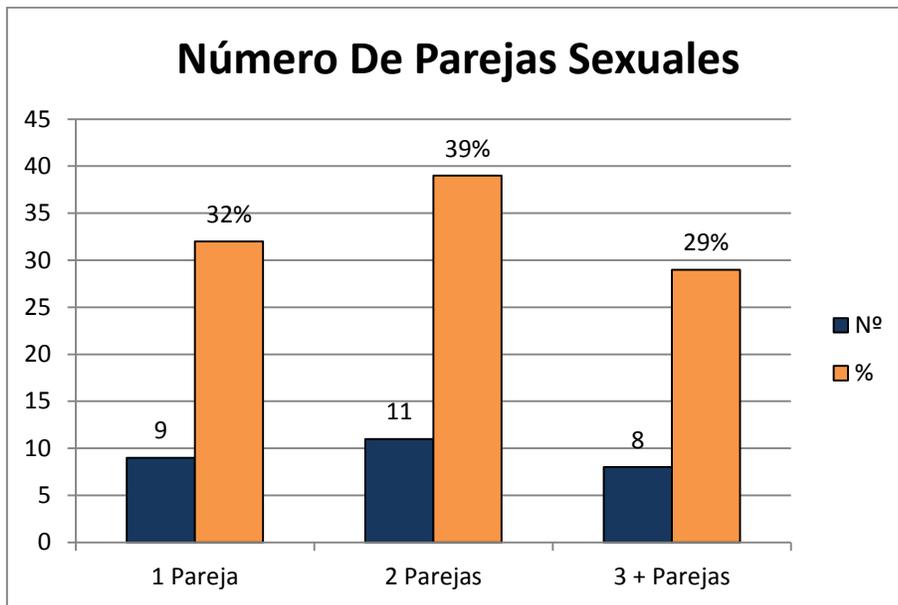
Grafica de las usuarias que estudiaban antes de quedar embarazada



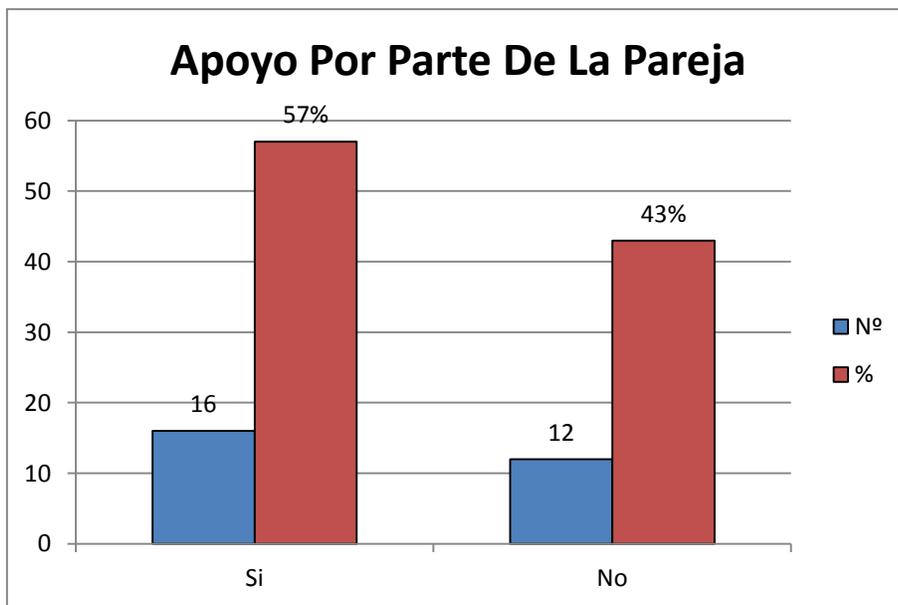
Grafica de acuerdo a las usuarias que reciben apoyo por parte de sus padres durante su embarazo



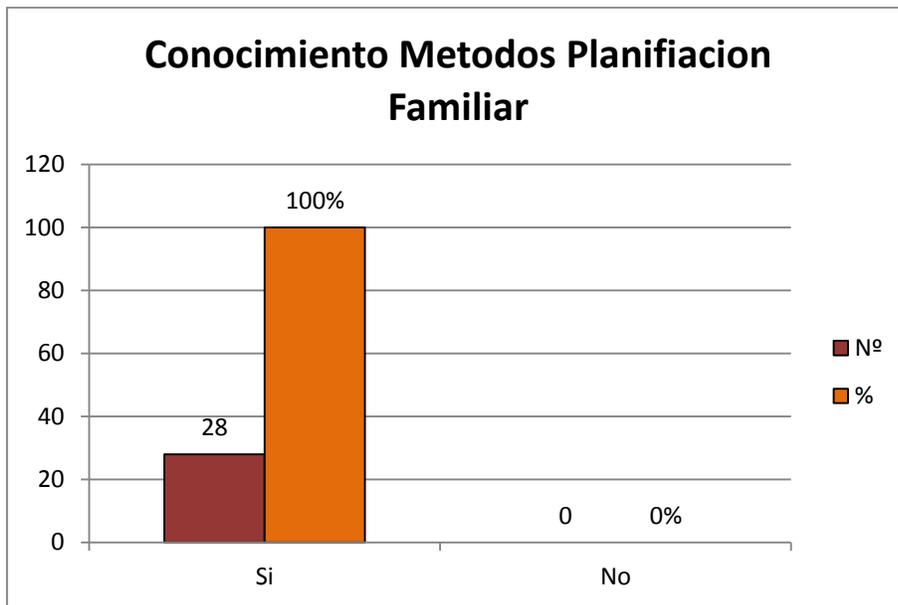
Grafica de acuerdo a la edad de inicio de vida sexual en las usuarias encuestadas en el C.S C.N.O.P



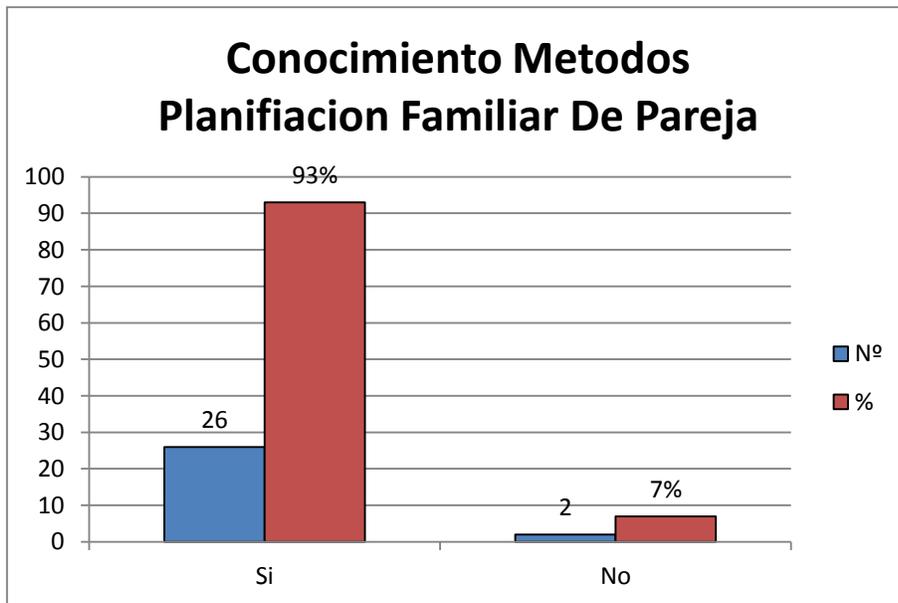
*Grafica de acuerdo al número de parejas sexuales de las usuarias encuestadas.*



*Grafica de resultados de acuerdo a si reciben apoyo por parte de su pareja durante el embarazo.*



*Grafica de acuerdo a si las usuarias conocen métodos de planificación familiar.*



*Gráfico de acuerdo a si las parejas de las usuarias conocen métodos de planificación familiar.*

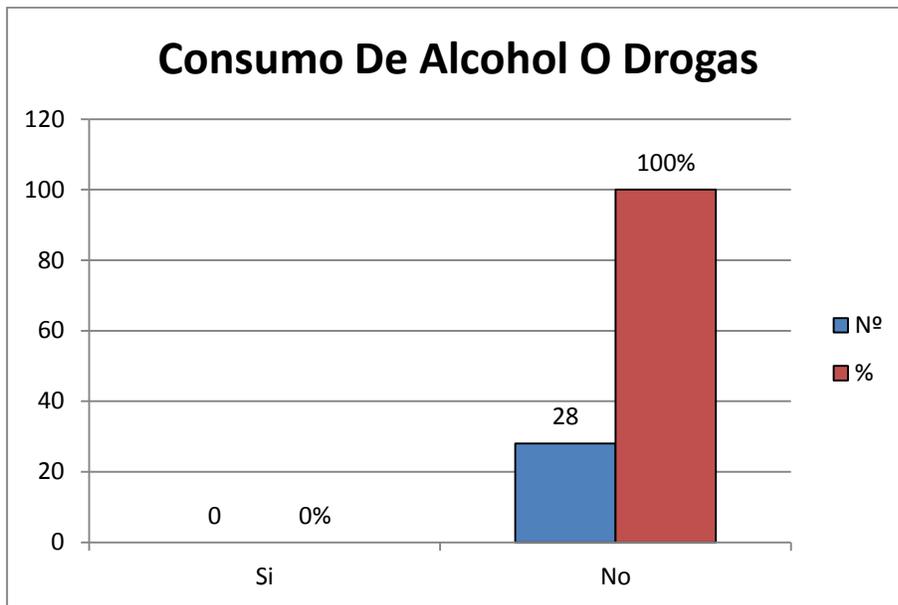
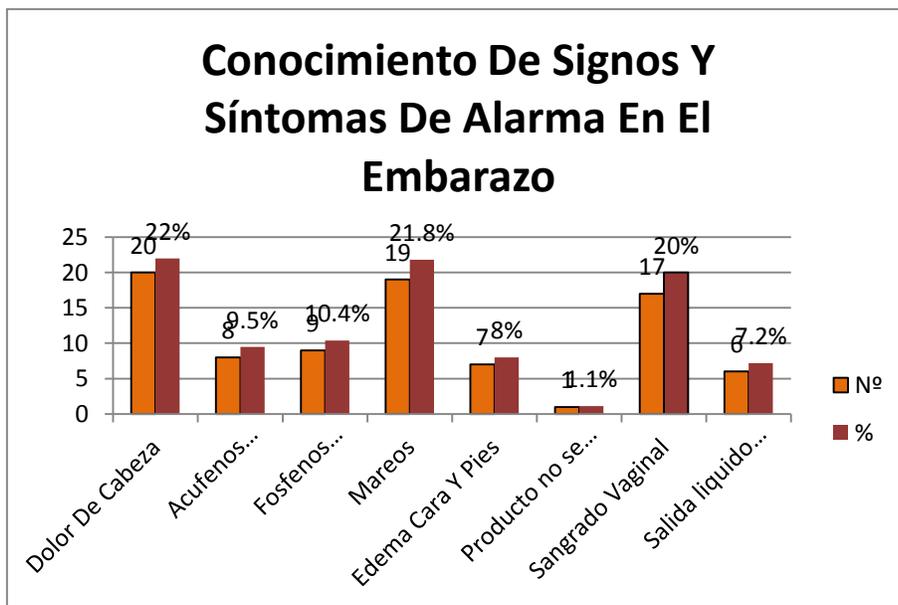
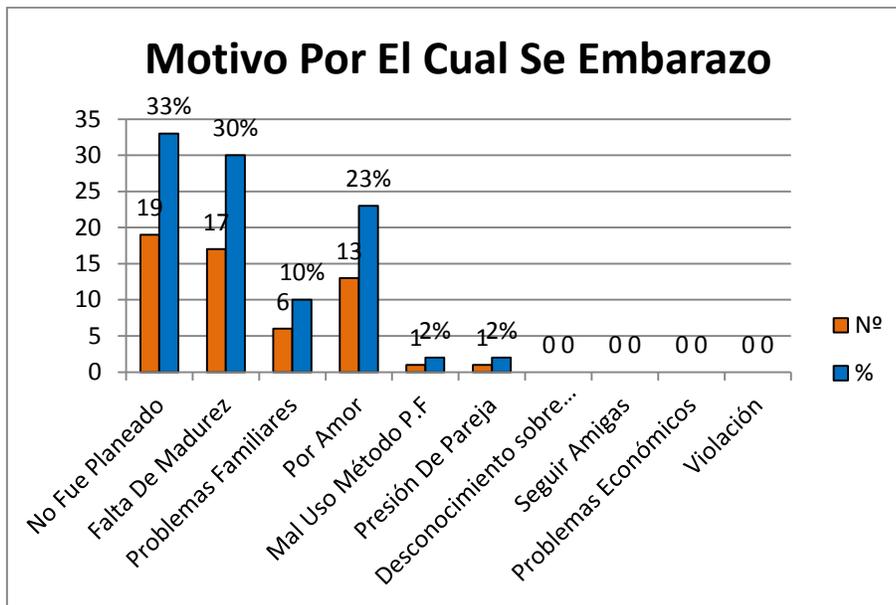


Gráfico de sal usuarias encuestadas que consumen algún tipo de droga o alcohol.



Grafica de acuerdo a los conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo que conocen las usuarias del centro de salud C.N.O.P.



Grafica sobre el principal motivo que llevo a la usuaria a quedar embarazada.

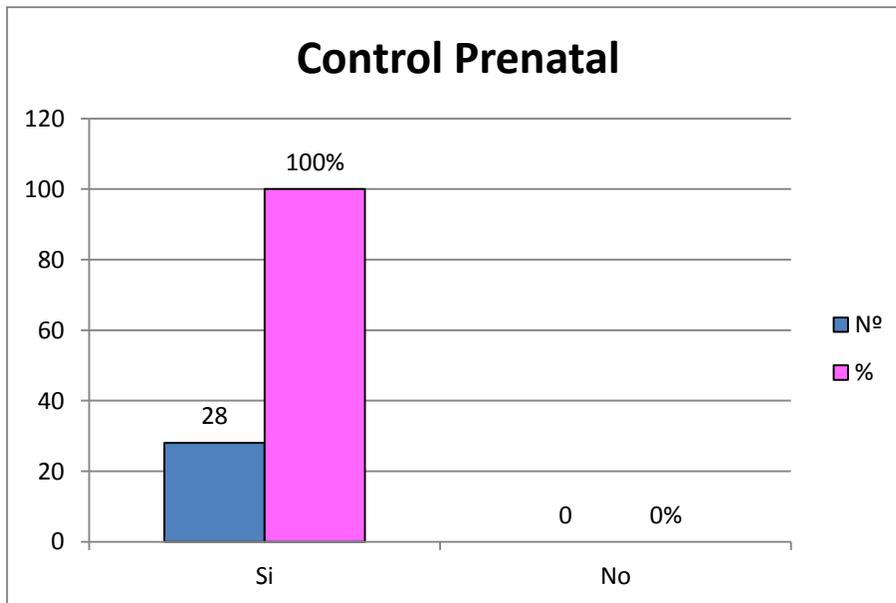


Grafico sobre las usuarias que llevan control prenatal en el centro de salud C.N.O.P.