



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Protocolo de investigación:
“Identificar manifestaciones clínicas y patologías que
presenten las adolescentes embarazadas

Antonia Berenice Vázquez Santiz

7° “A”

Materia: Metodología de la investigación

Nombre del docente: Dra. Meza López Dulce Melissa



Embarazo de alto riesgo en adolescentes

Un embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo muy alto ya que pone en peligro la vida de la madre tanto del feto y tiene profundas

INDICE

1. Introducción-----	1
1.1. Abstract-----	2
1.2. Metodología-----	3
1.3. Hipótesis-----	3
1.4. Planteamiento del problema-----	3
1.5. Justificación-----	4
1.6. Objetivos generales-----	6
1.7. Objetivo específico-----	6
2. Marco conceptual-----	7
2.1. Marco teórico-----	8
3. Epidemiología-----	10
4. Aborto inseguro-----	13
5. Diabetes gestacional-----	15
6. Embarazo múltiple-----	16
7. Eclampsia-----	18
8. Hipertensión gestacional-----	21
9. Infección de transmisión sexual-----	24
10. Obesidad-----	26
11. Preeclampsia-----	28
12. Partos prematuros-----	30
12.1. Paternidad adolescente y roles de género-----	30
13. Conclusión-----	32
14. Referencias bibliográficas-----	33
15. Caso clínico-----	35
16. Conclusión del caso clínico-----	39

1. Introducción

El embarazo de alto riesgo en adolescentes se caracteriza por presentar una probabilidad significativamente mayor de complicaciones tanto para la madre como para el feto, en comparación con embarazos de mujeres adultas. En primer lugar, las adolescentes especialmente las menores de 15 años no han culminado su desarrollo físico, lo cual tiene importantes consecuencias clínicas. Su pelvis aún no está completamente desarrollada, lo que se ha asociado con bajo peso al nacer debido a restricciones en el crecimiento fetal. Además, esta inmadurez aumenta el riesgo de trabajo de parto disfuncional, como la distocia, y puede conllevar a consecuencias graves como fístulas obstétricas. Asimismo, la edad temprana incrementa las probabilidades de desarrollar condiciones como anemia, preeclampsia y eclampsia, así como infecciones, en comparación con mujeres de entre 20 y 24 años. Según estudios, las adolescentes enfrentan tasas superiores de parto prematuro, ruptura prematura de membranas y depresión postparto, lo que repercute negativamente tanto en su salud mental como en la del recién nacido. Además, las tasas de muerte materna entre adolescentes son preocupantes: las niñas de 15–19 años tienen el doble de probabilidad de morir por complicaciones del embarazo en comparación con mujeres adultas, y las menores de 15 años enfrentan entre 5 a 7 veces más riesgo. A nivel neonatal, sus bebés presentan mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, mortinatos y mortalidad neonatal. Desde un enfoque socioeconómico y educativo, es importante señalar que el embarazo adolescente suele estar vinculado a bajos niveles de escolaridad, pobreza, matrimonios infantiles y limitado acceso a servicios de salud sexual reproductiva, lo cual perpetúa un ciclo de riesgo y vulnerabilidad. Por ende, el embarazo de alto riesgo en adolescentes se define por la convergencia de estos factores: Inmadurez física pelvis no desarrollada bajo peso fetal, distocia, fístulas. Problemas médicos frecuentes anemia, preeclampsia, eclampsia, infecciones.

.

1.1. Abstract

High-risk pregnancy in adolescents is characterized by a significantly higher likelihood of complications for both the mother and the fetus compared to pregnancies in adult women. Firstly, adolescents—especially those under 15 years old—have not yet completed their physical development, which carries important clinical consequences. Their pelvis is still not fully developed, which has been associated with low birth weight due to restrictions on fetal growth. Additionally, this immaturity increases the risk of dysfunctional labor, such as dystocia, and can lead to severe outcomes like obstetric fistulas. Likewise, young age increases the likelihood of developing conditions such as anemia, preeclampsia, and eclampsia, as well as infections, compared to women aged 20 to 24 years. According to studies, adolescents face higher rates of preterm delivery, premature rupture of membranes, and postpartum depression, which negatively impacts both their mental health and that of the newborn. Moreover, maternal mortality rates among adolescents are concerning: girls aged 15–19 are twice as likely to die from pregnancy-related complications compared to adult women, and those younger than 15 face a risk that is 5 to 7 times higher. At the neonatal level, their babies present a higher incidence of prematurity, low birth weight, stillbirths, and neonatal mortality. From a socioeconomic and educational perspective, it is important to note that adolescent pregnancy is often linked to low levels of schooling, poverty, child marriage, and limited access to sexual and reproductive health services, which perpetuate a cycle of risk and vulnerability. Therefore, high-risk pregnancy in adolescents is defined by the convergence of these factors: Physical immaturity: underdeveloped pelvis, fetal growth restriction, dystocia, and fistulas. Frequent medical issues: anemia, preeclampsia, eclampsia, infections.

1.2. Metodología

La metodología cuantitativa se eligió en el estudio de embarazo de alto riesgo por varias razones fundamentales. En primer lugar, permite una medición precisa de variables como la edad gestacional, el peso fetal y la presión arterial, lo cual es esencial para asegurar la objetividad en los resultados. Además, facilita el análisis de datos estadísticos, lo que ayuda a identificar patrones y tendencias significativos que pueden informar decisiones clínicas. De hecho, esta metodología es valiosa para evaluar intervenciones de manera objetiva y generar hallazgos generalizables aplicables a poblaciones similares. Por ende, se convierte en una herramienta robusta para respaldar conclusiones basadas en evidencia.

1.3. Hipótesis

El riesgo en el embarazo en la adolescencia se refiere a las posibles complicaciones y consecuencias negativas que pueden derivarse de un embarazo en una etapa temprana de la vida, especialmente en adolescentes. Estas complicaciones no solo afectan a la salud física y mental de la madre adolescente, sino que también pueden influir en el desarrollo del feto y en el bienestar social y económico de la familia. (Secretaría de Salud, 2020).

1.4. Planteamiento de problema

El embarazo en la adolescencia continúa siendo una problemática de salud pública a nivel mundial, con consecuencias físicas, emocionales y sociales tanto para la madre como para el recién nacido. Esta situación se agrava cuando el embarazo se clasifica como de alto riesgo, ya que las adolescentes presentan mayor vulnerabilidad a complicaciones como preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer (Secretaría de Salud, 2020). En México, se estima que 7 de cada 10 adolescentes embarazadas pueden presentar complicaciones durante la gestación, lo cual refleja una necesidad urgente de intervención en este grupo poblacional (Secretaría de Salud, 2015). Según datos del INEGI, en 2021 se registraron más de 147,000 nacimientos en mujeres de entre 15 y 19 años, lo que representa una tasa

de 26.3 nacimientos por cada mil adolescentes (Consultor Salud, 2024). Estas cifras indican no solo una alta incidencia, sino también una normalización preocupante del embarazo adolescente. Además, se ha observado una fuerte carga intergeneracional: el 59.6% de las adolescentes embarazadas refieren que sus madres también vivieron un embarazo en la adolescencia, lo que evidencia un patrón repetitivo que perpetúa ciclos de pobreza, deserción escolar y vulnerabilidad social (ENSANUT, 2020).

Diversos estudios coinciden en que la falta de educación sexual integral y el acceso limitado a métodos anticonceptivos eficaces son factores que contribuyen a este fenómeno. A pesar de que entre el 50% y el 60% de las adolescentes utilizan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, aún existe un porcentaje significativo que no lo hace, elevando así el riesgo de un embarazo no planeado y potencialmente riesgoso (Consultor Salud, 2024).

1.5. Justificación

El embarazo en adolescentes representa un desafío significativo para la salud pública, especialmente cuando se clasifica como de alto riesgo debido a las múltiples complicaciones que puede acarrear tanto para la madre como para el recién nacido. (Instituto Nacional de Perinatología. 2024)Impacto en la Salud Materna y Neonatal el embarazo adolescente de alto riesgo está asociado con un mayor número de complicaciones obstétricas, como la preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer, anemia, infecciones postparto y dificultades durante el trabajo de parto. Las adolescentes, en especial aquellas menores de 15 años, tienen un riesgo significativamente mayor de experimentar complicaciones debido a que su cuerpo no ha alcanzado la madurez fisiológica necesaria para llevar adelante un embarazo y un parto saludable. (Ramírez J.M 2020)

El embarazo en adolescentes se asocia con una mayor incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales. Estudios han demostrado que entre el 50% y el 60% de los adolescentes utilizan métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual; sin embargo, al menos el 40% no lo hace, lo que incrementa el riesgo de embarazos no planificados y sus posibles complicaciones.

En México, datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) revelan que en 2021 se registraron 147,279 nacimientos en jóvenes de entre 15 y 19 años, con una tasa de 26.3 nacimientos por cada mil adolescentes. Además, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (ENSANUTde 2012) indicó que el 59.6% de las jóvenes embarazadas tenían como antecedente que su madre también se embarazó siendo adolescente.

Las complicaciones asociadas al embarazo adolescente incluyen preeclampsia, parto prematuro y malformaciones congénitas. Por ejemplo, un embarazo a los 15 años incrementa siete veces el riesgo de malformaciones graves como la gastrosquisis, que requiere intervención quirúrgica inmediata tras el nacimiento.

A nivel mundial, África presenta la mayor tasa de natalidad en adolescentes, con un promedio de 117 por cada 1,000 adolescentes. Estados Unidos tiene una tasa de 41.2 por cada 1,000, con variaciones significativas según el grupo étnico; por ejemplo, la raza afroamericana tiene una tasa de 59, mientras que la hispana es de 70.1 por cada 1,000.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) reportó una tasa de embarazos de 79 por 1,000 en el grupo de 12 a 19 años. En el estado de Nuevo León, el porcentaje de eventos obstétricos en adolescentes aumentó del 25% en 2006 al 32% en 2011.

Consecuencias Psicológicas y Emocionales. La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes aún están formando su identidad emocional y social. El embarazo en esta etapa puede generar una gran cantidad de estrés emocional, ansiedad y depresión, debido tanto a los cambios físicos como a las presiones sociales y familiares. Las adolescentes embarazadas, en muchos casos, carecen de los

recursos emocionales y el apoyo necesario para enfrentar la carga psicológica del embarazo y la maternidad temprana. (José R.A 2020)

Desafíos Sociales y Económicos

El embarazo adolescente de alto riesgo tiene repercusiones significativas en el futuro educativo y económico de la madre. Las adolescentes embarazadas suelen abandonar la escuela, lo que limita sus posibilidades de obtener un empleo bien remunerado en el futuro y perpetúa el ciclo de pobreza. Esta situación, a su vez, afecta al bebé, ya que los niños nacidos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de vivir en condiciones de desnutrición y pobreza, lo que impacta directamente en su desarrollo y en su bienestar general. (José R.A 2020)

Necesidad de Prevención y Educación Integral

Uno de los mayores desafíos es la falta de educación sexual integral y el acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados. Las adolescentes a menudo carecen de la información necesaria sobre anticoncepción y prevención de embarazos no deseados. La educación sexual de calidad y el acceso a métodos anticonceptivos seguros son fundamentales para reducir la incidencia del embarazo en adolescentes y, por ende, minimizar los riesgos asociados a un embarazo de alto riesgo. (José R.A 2020)

1.6. Objetivo general

Identificar los factores de riesgo en el embarazo adolescente, la prevalencia del mismo, y los riesgos que conlleva sin omitir los derechos de las personas en relación a las sexuales y reproductivos.

1.7. objetivo específico

- Determinar la cantidad de embarazo adolescente según la edad en México.
- tener conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

- conocer los factores de riesgo a nivel socioeconómico, la educación y la edad.
- Dar a conocer a servicios e información en salud sexual y reproductiva a menores de 10-19 años de edad ya que tienen más riesgo de anemia o infecciones durante el parto.

2. Marco conceptual

1. Alcoholismo Fetal:

Trastornos causados por el consumo de alcohol durante el embarazo, que pueden afectar el desarrollo del feto. (10)

2. Aborto Inseguro:

Finalización del embarazo por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que carece de estándares médicos mínimos. (3)

3. Diabetes Gestacional:

Tipo de diabetes que se desarrolla durante el embarazo y puede aumentar el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé si no se controla adecuadamente. (6)

4. Embarazo Múltiple:

Gestación que involucra más de un feto, como gemelos o trillizos. Este tipo de embarazo conlleva un mayor riesgo de complicaciones. (8)

5. Eclampsia:

Forma más grave de toxemia en el embarazo, caracterizada por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general. (9)

6. Hipertensión Gestacional:

Hipertensión que inicia después de la semana 20 de gestación sin presencia de proteinuria. (2)

7. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):

Enfermedades que pueden aumentar el riesgo de embarazo ectópico y otras complicaciones en adolescentes embarazadas. (4)

8. Obesidad: Condición que aumenta el riesgo de tener presión arterial alta, preeclampsia, diabetes gestacional y parto por cesárea. (7)

9. Preeclampsia:

Síndrome que ocurre después de la semana 20 de embarazo, caracterizado por hipertensión y problemas en los riñones y otros órganos. (1)

10. Parto Prematuro:

Parto que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo. (5)

2.1. Marco teórico

Embarazo de alto riesgo en adolescente.

El embarazo de alto riesgo en adolescentes se refiere a aquellos embarazos en los que existen factores que aumentan la probabilidad de complicaciones para la madre o el bebé. Estos factores pueden ser preexistentes o desarrollarse durante la gestación. La adolescencia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida entre los 10 y los 19 años, es una etapa de crecimiento y desarrollo humano que implica una serie de cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales. Durante esta etapa, el inicio de la actividad sexual puede llevar a embarazos no deseados, especialmente si se carece de información adecuada y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Antecedentes.

Antecedentes biológicos:

Menarquía temprana: Comenzar la menstruación a temprana edad puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Edad: Embarazos en adolescentes (menores de 19 años) se consideran de alto riesgo debido a la inmadurez física y emocional.

Peso: Tanto el bajo peso como el sobrepeso/obesidad pueden afectar la salud materna y fetal durante el embarazo.

Estatura: La baja estatura (menor a 1.45 cm) puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el parto.

Exposición a violencia: La exposición a violencia física, sexual o emocional puede aumentar el riesgo de embarazo adolescente y complicaciones relacionadas.

Situación familiar: La funcionalidad familiar, la falta de apoyo social y las dificultades económicas pueden influir en el embarazo y en los resultados de salud.

Nivel de instrucción: Un bajo nivel de instrucción en los padres puede estar relacionado con un mayor riesgo de embarazo adolescente.

Explotación sexual: El abuso, la violación o la explotación sexual pueden ser factores de riesgo.

Inicio temprano de relaciones sexuales: Las relaciones sexuales tempranas sin protección o sin una buena educación sexual aumentan el riesgo de embarazo.

Prácticas sexuales desprotegidas: La falta de uso de métodos anticonceptivos o su uso incorrecto puede aumentar el riesgo de embarazo no deseado.

Antecedentes de salud:

Enfermedades preexistentes: Condición como hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades del riñón, tuberculosis, anemia o algún tipo de cáncer pueden aumentar el riesgo de complicaciones.

Enfermedades autoinmunes: Algunas enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Infecciones: El VIH, SIDA y la infección por Zika pueden causar un embarazo de alto riesgo.

Cesárea previa: Un embarazo con cesárea previa puede aumentar el riesgo de complicaciones en embarazos posteriores.

Abortos: El historial de abortos previos puede aumentar el riesgo de complicaciones en embarazos futuros.

Hemorragias: Hemorragias en la segunda mitad del embarazo son un signo de embarazo de alto riesgo. Organización mundial de la salud (OMS)

3. Epidemiología

Panorama global: Tasa de fecundidad adolescente: En 2019, se registraron aproximadamente 21 millones de embarazos anuales entre adolescentes de 15 a 19 años en países de ingresos medianos y bajos. De estos, alrededor del 50% fueron no deseados, resultando en unos 12 millones de nacimientos. (Organización Mundial de la Salud)

Embarazos en niñas de 10 a 14 años: A nivel mundial, la tasa de natalidad en este grupo etario fue de 1.5 por cada 1,000 mujeres en 2023, con cifras más altas en África subsahariana (4.4) y América Latina y el Caribe (2.3). (Organización Mundial de la Salud)

Consecuencias para la salud: Las adolescentes embarazadas enfrentan mayores riesgos de complicaciones como eclampsia, infecciones puerperales y parto prematuro. Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de bajo peso al nacer y afecciones neonatales graves. (Organización Mundial de la Salud)

Situación en México

Tasa de fecundidad adolescente: México presenta una de las tasas más altas de embarazo adolescente en la OCDE. En 2021, el 41% de los nacimientos fueron en madres de entre 15 y 24 años.

Costo económico: El embarazo adolescente representa un costo anual estimado de 76,340 millones de pesos (aproximadamente 4,880 millones de dólares), equivalente al 0.32% del Producto Interno Bruto (PIB) del país.

Estrategias de prevención: La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) busca reducir en un 50% la tasa de fecundidad

adolescente para 2030 y erradicar los embarazos en niñas menores de 14 años. (Organización Mundial de la Salud)

Datos adicionales

- Embarazos no deseados: En países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente el 55% de los embarazos adolescentes no son deseados, y muchos terminan en abortos inseguros debido a restricciones legales o falta de acceso a servicios de salud. (Organización Mundial de la Salud)
- Factores de riesgo: La falta de educación sexual integral, el acceso limitado a métodos anticonceptivos, la pobreza y la violencia sexual son factores que aumentan la probabilidad de embarazo adolescente. (Organización Mundial de la Salud)

Prevalencia

Global: Se estima que entre el 0.77% y el 1% de los nacimientos presentan TEAF. Sin embargo, en poblaciones específicas como niños en educación especial, instituciones o sistemas de justicia juvenil, la prevalencia puede ser entre 10 y 60 veces mayor. México: Aunque no se dispone de datos específicos actualizados, el consumo de alcohol durante el embarazo es una preocupación de salud pública. Se estima que el 11.2% de las mujeres en América Latina consumen alcohol durante el embarazo. (organización mundial de la salud 11 de agosto del 2020).

Causas:

El TEAF es causado por la exposición prenatal al alcohol, que interfiere con el desarrollo del cerebro y otros órganos del feto. No existe una cantidad segura de alcohol durante el embarazo; incluso el consumo ocasional puede ser perjudicial. (Sociedad Española de Radiodifusión, S.L.U. 2024).

Tipos de TEAF

Los trastornos relacionados con la exposición prenatal al alcohol incluyen:

- Síndrome Alcohólico Fetal (SAF): La forma más grave, caracterizada por anomalías faciales, retraso en el crecimiento y daño cerebral.

- Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF): Incluye una gama de discapacidades físicas, mentales y conductuales.
- Trastorno del Neurodesarrollo Relacionado con el Alcohol (ARND): Afecta principalmente al cerebro, con problemas de aprendizaje y comportamiento.
- Trastorno del Crecimiento Relacionado con el Alcohol (ARBD): Afecta el crecimiento físico y puede incluir problemas cardíacos, renales o esqueléticos. (Organización Panamericana de la Salud 11 de agosto del 2020).

Síntomas comunes

Los síntomas pueden variar según el tipo y la gravedad del TEAF, e incluyen:

- Físicos: Rasgos faciales anormales (como surco liso entre la nariz y el labio superior), tamaño de cabeza pequeño, bajo peso y altura, mala coordinación.
- Cognitivos y conductuales: Retrasos en el habla y el lenguaje, dificultades de aprendizaje, problemas de atención y memoria, hiperactividad, impulsividad, problemas de juicio y razonamiento, dificultades para dormir y succionar en bebés.

(Organización Panamericana de la Salud 11 de agosto del 2020).

Diagnóstico

El diagnóstico de TEAF se basa en:

- Confirmación del consumo de alcohol durante el embarazo.
- Evaluación de los síntomas físicos y conductuales.
- Exclusión de otras condiciones con síntomas similares.

(Organización Panamericana de la Salud 11 de agosto del 2020).

Tratamiento

Aunque no existe cura, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida e incluye:

- Intervención temprana: Programas de desarrollo y educación adaptados.

- Terapias conductuales: Modificación de conducta y entrenamiento de habilidades sociales.
- Apoyo familiar: Entrenamiento para padres y estrategias de manejo en el hogar.
- Servicios médicos y sociales: Atención médica continua y apoyo psicosocial.

Prevención

La única forma segura de prevenir el TEAF es evitar completamente el consumo de alcohol durante el embarazo. Incluso el consumo antes de saber que se está embarazada puede ser perjudicial. (Organización Panamericana de la Salud 11 de agosto del 2020).

4. Aborto inseguro

Panorama global

- Mortalidad materna: El aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna. Se estima que cada año, al menos 22,000 mujeres mueren debido a abortos inseguros, y aproximadamente 5 millones sufren complicaciones graves que requieren hospitalización.
- Acceso a servicios seguros: En muchos países en desarrollo, el acceso a servicios de aborto seguro es limitado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 45% de los abortos en el mundo se realizan en condiciones peligrosas, y el 97% de estos abortos se practican en países en desarrollo.

Contexto en México

Estadísticas nacionales: En México, se estima que más de un tercio de las mujeres que se someten a abortos inducidos desarrollan complicaciones que requieren atención médica. La proporción más alta de complicaciones se observa en mujeres rurales pobres. Acceso a servicios: Aunque algunos estados han despenalizado el aborto, el acceso a servicios seguros y legales sigue siendo desigual. En 2024,

dieciséis estados habían despenalizado el aborto, pero otros continúan penalizándolo o enfrentan retrocesos en la legislación. (Guttmacher Institute 2025)

Consecuencias del aborto inseguro

Complicaciones comunes: Las complicaciones más frecuentes incluyen aborto incompleto, hemorragias excesivas e infecciones. En casos graves, pueden ocurrir perforaciones de órganos internos o inflamación del peritoneo.

Consecuencias a largo plazo: Las mujeres que sobreviven a un aborto inseguro pueden experimentar dolor crónico, infertilidad o problemas reproductivos permanentes.

Necesidad de atención médica

Hospitalizaciones: Cada año, siete millones de mujeres requieren atención médica debido a complicaciones derivadas de abortos inseguros.

Costos económicos: El tratamiento de complicaciones de abortos inseguros en países en desarrollo genera un gasto anual de aproximadamente 232 millones de dólares. (Guttmacher Institute 2025)

5. Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se desarrolla durante el embarazo y afecta cómo las células del cuerpo utilizan la glucosa. Esta condición puede causar niveles elevados de glucosa en la sangre, lo que puede afectar tanto a la madre como al bebé si no se controla adecuadamente. (Landon MB, Catalan 2024)

Factores de riesgo

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar diabetes gestacional incluyen:

- Sobrepeso u obesidad.
- Falta de actividad física.
- Prediabetes.
- Diabetes gestacional en un embarazo previo.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Antecedentes familiares de diabetes tipo 2.
- Parto previo de un bebé con peso superior a 4.1 kg.
- Pertenencia a ciertas razas o etnias, como hispana, negra, indígena americana o asiática americana.

Diagnóstico

La diabetes gestacional generalmente se diagnostica entre la semana 24 y 28 del embarazo mediante una prueba de tolerancia a la glucosa. Si tienes factores de riesgo, es posible que el médico recomiende realizar esta prueba antes en el embarazo. El diagnóstico temprano es crucial para controlar la condición y prevenir complicaciones.

Complicaciones Para el bebé:

- Macrosomía: Crecimiento excesivo del bebé, lo que puede dificultar el parto y aumentar la necesidad de una cesárea.
- Parto prematuro: Mayor riesgo de nacimiento antes de tiempo.

Para la madre:

- Preeclampsia: Presión arterial alta que puede poner en riesgo la vida de la madre y el bebé.
- Parto por cesárea: Mayor probabilidad de necesitar una cesárea debido al tamaño del bebé.
- Diabetes tipo 2 en el futuro: Mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante en la vida.

Prevención y control

Aunque no se puede prevenir completamente la diabetes gestacional, existen medidas que pueden reducir el riesgo:

- Mantener un peso saludable: Antes del embarazo, si es posible.
- Seguir una dieta equilibrada: Rica en nutrientes y baja en azúcares refinados.
- Realizar actividad física regularmente: Según las recomendaciones médicas.
- Monitorear los niveles de glucosa: Durante el embarazo, siguiendo las indicaciones del médico. (Landon MB, Catalano 2024)

6. Embarazo múltiple

Según la organización mundial de la salud (OMS) Un embarazo múltiple ocurre cuando una mujer lleva en su útero más de un feto al mismo tiempo. Los tipos principales son:

- Gemelos dicigóticos (mellizos fraternos): Proviene de la fecundación de dos óvulos diferentes por dos espermatozoides distintos. Pueden ser del mismo sexo o de sexos diferentes y comparten aproximadamente el 50% de su material genético.
- Gemelos monocigóticos (idénticos): Resultan de la división de un solo óvulo fecundado en dos embriones. Comparten el 100% de su material genético y siempre son del mismo sexo.

Riesgos asociados al embarazo múltiple Para la madre:

- Hipertensión inducida por el embarazo: Las mujeres con embarazos múltiples tienen tres veces más probabilidades de desarrollar hipertensión, lo que puede llevar a preeclampsia y aumentar el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta.
- Anemia: La anemia por deficiencia de hierro y ácido fólico es dos veces más frecuente en embarazos múltiples que en los simples.

- Hemorragia posparto: La mayor extensión de la placenta y la distensión del útero aumentan el riesgo de hemorragia después del parto.

Para los bebés:

- Prematuridad: Los partos prematuros son comunes en embarazos múltiples, con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.
- Bajo peso al nacer: Los bebés de embarazos múltiples suelen tener un peso inferior a 2,500 gramos, lo que puede llevar a complicaciones como ictericia, problemas respiratorios e infecciones.
- Síndrome de transfusión feto-fetal: En gemelos monocigóticos que comparten la placenta, puede haber un desequilibrio en el flujo sanguíneo entre los fetos, lo que puede afectar su desarrollo.
- Anomalías congénitas: El riesgo de malformaciones congénitas es mayor en embarazos múltiples, especialmente en gemelos monocigóticos.

Cuidados y monitoreo Consultas prenatales frecuentes:

- Se recomienda visitar al médico cada dos semanas durante el segundo trimestre y semanalmente en el tercero para monitorear el desarrollo de los fetos.
- Ultrasonidos regulares: Para evaluar el crecimiento y bienestar de los fetos, así como para detectar posibles complicaciones.
- Monitoreo de la presión arterial y niveles de glucosa: Para detectar signos de hipertensión y diabetes gestacional.

Estadísticas relevantes

- Embarazos múltiples espontáneos: Representan aproximadamente el 1-2% de todos los embarazos.
- Embarazos múltiples por fertilización in vitro (FIV): La incidencia aumenta hasta casi un 30% debido a la transferencia de múltiples embriones.
- Parto prematuro: Más del 50% de los partos gemelares ocurren antes de las 37 semanas, y el riesgo aumenta con el número de fetos.

7. Eclampsia

La eclampsia es una complicación grave del embarazo caracterizada por convulsiones generalizadas en mujeres con preeclampsia, una condición que incluye hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Es una emergencia médica que pone en riesgo la vida tanto de la madre como del feto, y requiere intervención inmediata.

Causas y factores de riesgo

La causa exacta de la eclampsia no se comprende completamente, pero se asocia con una combinación de factores genéticos, inmunológicos y vasculares. La patogenia está estrechamente relacionada con la disfunción endotelial sistémica, la vasoconstricción y la hipoperfusión de órganos vitales, incluido el cerebro.

- Edad menor de 20 años o mayor de 35 años
- Primera gestación
- Obesidad
- Enfermedades preexistentes como diabetes o enfermedad renal crónica
- Embarazo múltiple
- Antecedentes de preeclampsia en embarazos previos

Síntomas y diagnóstico

La eclampsia se caracteriza por convulsiones tónico-clónicas generalizadas, que pueden ocurrir sin aviso en mujeres con signos previos de preeclampsia. Estas convulsiones suelen durar entre 60 y 90 segundos y son seguidas por un estado posictal de confusión o somnolencia.

Los síntomas prodrómicos, que pueden preceder a las convulsiones, incluyen:

- Cefalea severa persistente
- Alteraciones visuales, como visión borrosa, fotofobia o puntos negros

- Dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen
- Náuseas o vómitos

El diagnóstico de eclampsia se basa en la identificación de convulsiones en el contexto de preeclampsia conocida o sospechada. Es esencial realizar un diagnóstico diferencial para descartar otras condiciones como epilepsia preexistente, accidentes cerebrovasculares o hemorragias intracraneales.

Organización Panamericana de la Salud

Tratamiento

El manejo de la eclampsia se centra en estabilizar a la madre, prevenir convulsiones recurrentes y planificar el parto de manera segura. El sulfato de magnesio es el tratamiento de elección para prevenir y controlar las convulsiones. Se administra en una dosis inicial de carga intravenosa seguida de una infusión de mantenimiento. (Organización Panamericana de la salud) Además, se utilizan antihipertensivos como labetalol, hidralazina o nifedipino para reducir la presión arterial severa y minimizar el riesgo de complicaciones cerebrovasculares. La interrupción del embarazo, ya sea por parto vaginal o cesárea, es la única intervención curativa definitiva.

Estadísticas y prevalencia

La incidencia de la eclampsia varía significativamente según la región y el acceso a cuidados prenatales. En países desarrollados, donde la atención prenatal es más accesible, la incidencia es baja, con cifras estimadas de 1 a 2 casos por cada 10,000 nacimientos. En contraste, en países en vías de desarrollo, donde las limitaciones en los servicios de salud persisten, la eclampsia puede presentarse en hasta 1 de cada 100 embarazos.

Complicaciones

La eclampsia puede asociarse a complicaciones graves que ponen en riesgo la vida de la madre y del feto. Entre las complicaciones maternas se incluyen:

- Edema cerebral y encefalopatía hipertensiva
- Hemorragia intracraneal o accidente cerebrovascular
- Insuficiencia hepática o hematoma hepático
- Síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia)
- Desprendimiento prematuro de placenta

Prevención

La prevención de la eclampsia se centra en la identificación temprana y el manejo adecuado de la preeclampsia. Algunas medidas clave incluyen:

- Monitoreo regular de la presión arterial y análisis de orina durante las consultas prenatales
- Administración de aspirina en dosis bajas a mujeres con alto riesgo de preeclampsia
- Suplementación con calcio en mujeres con dietas deficientes en este mineral
- Educación a las pacientes sobre los signos de alarma, como cefalea severa y alteraciones visuales
- Recibir atención médica durante el embarazo es crucial para prevenir complicaciones y garantizar la salud de la madre y el bebé

8. Hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional se caracteriza por una presión arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg) que se presenta después de la semana 20 de embarazo y desaparece tras el parto. A diferencia de la preeclampsia, no se detecta proteína en la orina ni hay daño a órganos vitales. Sin embargo, puede evolucionar a preeclampsia si no se controla adecuadamente.

Estadísticas y prevalencia

A nivel mundial, la prevalencia de la hipertensión gestacional aumentó del 6.15 millones de casos en 1990 a 36.10 millones en 2021, lo que representa un incremento del 487%. En Estados Unidos, afecta aproximadamente a 1 de cada 12 a 17 embarazos en mujeres de 20 a 44 años. En Irlanda, en 2016, el 5.9% de las mujeres embarazadas presentaron trastornos hipertensivos durante el embarazo. (Organización mundial de la salud)

Síntomas y diagnóstico

La hipertensión gestacional suele ser asintomática, por lo que es fundamental realizar controles prenatales regulares. Cuando se presentan síntomas, pueden incluir:

- Dolor de cabeza persistente
- Visión borrosa o destellos de luz
- Mareos o vértigos
- Náuseas o vómitos
- Dolor en la parte superior del abdomen
- Hinchazón de manos, pies o cara

El diagnóstico se confirma con mediciones repetidas de la presión arterial ($\geq 140/90$ mmHg) y análisis de orina para detectar proteína.

Causas y factores de riesgo

Aunque la causa exacta no se comprende completamente, los factores de riesgo incluyen:

- Primer embarazo
- Edad materna avanzada (mayores de 35 años)
- Obesidad o sobrepeso
- Enfermedades preexistentes como diabetes o enfermedad renal

- Embarazos múltiples
- Antecedentes familiares de hipertensión o preeclampsia

Además, factores relacionados con el estilo de vida, como una mala alimentación, la falta de actividad física y el tabaquismo, también aumentan el riesgo.

Complicaciones

Si no se maneja adecuadamente, la hipertensión gestacional puede llevar a:

- Para la madre:
- Evolución a preeclampsia o eclampsia

Para el feto:

- Restricción del crecimiento intrauterino
- Nacimiento prematuro
- Bajo peso al nacer
- Muerte fetal

Estas complicaciones subrayan la importancia de un control prenatal adecuado.

Manejo y tratamiento

El tratamiento se centra en:

- Monitoreo constante: Control regular de la presión arterial y análisis de orina
- Medicamentos: En algunos casos, se pueden prescribir antihipertensivos seguros durante el embarazo
- Recomendaciones de estilo de vida:
- Dieta equilibrada baja en sodio
- Ejercicio moderado
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol
- Planificación del parto: En casos graves, puede ser necesario adelantar el parto para proteger la salud de la madre y el bebé

Riesgos a largo plazo

Las mujeres que han sufrido hipertensión gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en el futuro, como infartos o ictus, especialmente si presentaron complicaciones como preeclampsia o parto prematuro

9. Infección de transmisión sexual

Tipos comunes de ITS

Clamidia: Causada por *Chlamydia trachomatis*. A menudo asintomática, puede provocar dolor abdominal y secreciones anormales. Si no se trata, puede causar infertilidad y aumentar el riesgo de embarazo ectópico. (Organización Mundial de la Salud)

Gonorrea: Causada por *Neisseria gonorrhoeae*. Puede afectar los genitales, recto y garganta. Los síntomas incluyen secreción purulenta y dolor al orinar. La resistencia a los antibióticos está en aumento. (Organización Mundial de la Salud)

Sífilis: Causada por *Treponema pallidum*. Se presenta en etapas: úlcera primaria, erupción secundaria, latente y terciaria. Puede causar daño a órganos si no se trata. (Organización Mundial de la Salud)

Tricomoniasis: Causada por el parásito *Trichomonas vaginalis*. En mujeres, puede causar flujo vaginal con mal olor y picazón. En hombres, síntomas leves o ninguno. (organización mundial de la salud)

Virales (generalmente incurables, pero tratables)

VIH/SIDA: El VIH ataca el sistema inmunológico, debilitando las defensas del cuerpo. Si no se trata, progresa a SIDA, aumentando la vulnerabilidad a infecciones y ciertos cánceres.

VPH (Virus del Papiloma Humano): Causa verrugas genitales y está asociado con varios tipos de cáncer, como el de cuello uterino. La mayoría de las infecciones desaparecen por sí solas, pero algunas pueden persistir y causar cáncer.

Muchas ITS son asintomáticas, pero cuando se presentan síntomas, pueden incluir:

- Secreciones anormales de los genitales, pene o ano.
- Dolor o ardor al orinar.
- Llagas, úlceras o verrugas en los genitales, boca o ano.

Prevención

La prevención es clave para evitar las ITS:

- Uso consistente de preservativos: Durante todas las relaciones sexuales, incluyendo vaginales, anales y orales.
- Vacunación: Vacunas disponibles para prevenir la hepatitis B y ciertos tipos de VPH
- Pruebas regulares: Especialmente si se tienen múltiples parejas sexuales o se inicia una nueva relación.
- Comunicación abierta: Hablar con la pareja sobre el historial sexual y las pruebas realizadas.
- Evitar compartir agujas: En el caso de usuarios de drogas intravenosas.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se realiza mediante análisis de sangre, orina o muestras de secreciones. El tratamiento varía según la infección:

- Antibióticos: Para infecciones bacterianas como clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.
- Antivirales: Para controlar infecciones virales como el herpes genital y VIH.
- Vacunas: Para prevenir hepatitis B y ciertos tipos de VPH.

- Es fundamental que ambas parejas reciban tratamiento simultáneamente para evitar la reinfección.

Tendencias actuales

En los últimos años, ha habido un aumento en los casos de ITS en diversas regiones:

- En España, entre 2021 y 2023, la gonorrea aumentó un 42.6% y la sífilis un 24.1%
- En Galicia, se ha comenzado a ofrecer la vacuna Bexsero, originalmente destinada a prevenir la meningitis B, como medida preventiva contra la gonorrea en personas con riesgo elevado. (organización mundial de la salud)

10. Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa corporal que puede afectar la salud y aumentar el riesgo de enfermedades no transmisibles como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y ciertos tipos de cáncer. Se mide comúnmente mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado. Un IMC de 30 o más se considera obesidad. (Organización Panamericana de la Salud)

Estadísticas globales

Desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo, afectando actualmente a más de 800 millones de personas. En América Latina y el Caribe, el sobrepeso y la obesidad afectan a cerca del 60% de la población adulta y a un 33% de los niños y adolescentes. En México, el 39% de los escolares presenta sobrepeso, y la diabetes es la segunda causa de muerte a nivel nacional. (Organización Panamericana de la Salud)

Enfermedades asociadas a la obesidad

La obesidad está vinculada a más de 200 enfermedades reconocidas, entre las que se incluyen:

- Cardiovasculares: hipertensión, insuficiencia cardíaca, infartos, accidentes cerebrovasculares.
- Metabólicas: diabetes tipo 2, dislipidemia (colesterol y triglicéridos elevados).
- Endocrinas y reproductivas: infertilidad, síndrome de ovario poliquístico, menarquia precoz.
- Oncológicas: aumento del riesgo de cáncer de mama, colon, hígado, páncreas, riñón y estómago.
- Neurológicas: mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer y otros trastornos neurodegenerativos.
- Osteoarticulares: artrosis, lumbalgia, fibromialgia, osteoporosis.

Impacto en niños y adolescentes

La obesidad infantil es una preocupación creciente

En México, el 39% de los escolares tiene sobrepeso. La obesidad infantil puede llevar a problemas como hipertensión, diabetes tipo 2, apnea del sueño y problemas psicológicos. Se estima que los niños de hoy podrían ser la primera generación que viva menos que sus padres debido a la obesidad. (Organización Panamericana de la Salud)

Prevención y tratamiento

Prevención Hábitos alimenticios saludables: fomentar una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, proteínas magras y granos enteros.

- Actividad física regular: al menos 150 minutos de ejercicio moderado por semana.
- Educación y concienciación: programas escolares y comunitarios para promover estilos de vida saludables.

Tratamiento

- Enfoque multidisciplinario: nutricionistas, endocrinólogos, psicólogos y especialistas en ejercicio físico.
- Intervenciones médicas: medicación para controlar el peso en casos específicos.
- Cirugía bariátrica: considerada la opción más efectiva a largo plazo, mejorando hasta el 80% de las comorbilidades y promoviendo la remisión de la diabetes tipo 2 en más del 82% de los casos.

11. Preeclampsia

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daño a otros órganos, como riñones o hígado. Afecta aproximadamente al 5–10% de los embarazos a nivel mundial y es una de las principales causas de muerte materna y neonatal, especialmente en países en desarrollo. (Omole-Ohonsi, A., & Ashimi, A. O. (2020).

Síntomas comunes

La preeclampsia puede ser asintomática o presentar síntomas como:

- Presión arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg)
- Proteína en la orina (proteinuria)
- Dolores de cabeza persistentes
- Visión borrosa o destellos luminosos
- Hinchazón repentina en manos, pies o rostro
- Dolor en la parte superior del abdomen

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo incluyen:

- Primer embarazo
- Antecedentes de preeclampsia
- Hipertensión o diabetes preexistente
- Obesidad

- Embarazo múltiple
- Edad materna avanzada (mayores de 35 años)
- Uso de fertilización in vitro
- Antecedentes familiares de preeclampsia
- Mujeres afrodescendientes o indígenas en América del Norte.

Tratamiento

El único tratamiento definitivo es el parto. Si la preeclampsia es leve, se pueden realizar controles frecuentes y monitoreo de la salud materno-fetal. En casos graves, se requiere hospitalización y administración de medicamentos antihipertensivos, anticonvulsivos (como sulfato de magnesio) y corticoides para madurar los pulmones del bebé. (Ferri's Clinical Advisor 2022. Elsevier; 2022)

Prevención y seguimiento

La aspirina en dosis bajas (81 mg/día) puede ser recomendada a mujeres con alto riesgo de preeclampsia, comenzando después de la semana 12 de gestación. Además, estudios han demostrado que seguir una dieta mediterránea durante el embarazo puede reducir el riesgo en un 20%, especialmente en mujeres afrodescendientes. es importante destacar que las mujeres que han tenido preeclampsia tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, como infartos o ictus, entre seis y ocho años después del parto. En México, la incidencia de preeclampsia es de 47.3 por cada 1,000 nacimientos, lo que representa una de las principales causas de muerte materna en el país (Ferri's Clinical Advisor 2022. Elsevier; 2022)

Aborto espontáneo

El aborto espontáneo se refiere a la pérdida no provocada ni deseada del feto antes de los cinco meses (20 semanas) de gestación, esta situación puede derivar en afectaciones psicológicas de la madre como la depresión. El aborto espontáneo

puede ocurrir como consecuencia del desarrollo inadecuado del bebé. (Clínica Universidad de Navarra 2023)

12. Partos prematuros

Según la organización mundial de la salud (OMS) un parto prematuro se da cuando el bebé nace antes de la semana 37 de gestación, un parto antes de tiempo pone en riesgo la salud de la madre y del bebé y entre las causas que podría generarlo destacan el peso irregular durante el embarazo, un aparato reproductivo inmaduro y la inestabilidad emocional, entre otras.

Bebés con problemas de nacimiento

Debido a los riesgos físicos anteriormente descritos, los hijos de madres adolescentes presentan mayor riesgo de sufrir ciertas enfermedades como desnutrición y otras afecciones neonatales que podrían desarrollar enfermedades crónicas en el futuro. (Sociedad Española de Radiodifusión, S.L.U. 2024)

12.1. Paternidad adolescente y roles de género

- Transformación de la Identidad Masculina

La transición de la adolescencia a la paternidad implica una reconfiguración de la identidad masculina. Un estudio en Colombia revela que los hombres jóvenes experimentan cambios significativos en su identidad durante el proceso de convertirse en padres, influenciados por factores sociales y culturales. Estos cambios incluyen la adaptación a nuevas responsabilidades y la negociación de roles tradicionales de género. (Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud 2021)

- Desigualdad de Género y Corresponsabilidad

Las inequidades de género hacen más probable que sea la mujer quien ejerza una maternidad responsable, mientras que al hombre se le permite continuar sus

estudios y no implicarse en los procesos de gestación, parto y crianza. Este fenómeno refleja una corresponsabilidad invisibilizada, donde las expectativas sociales y culturales relegan a los hombres jóvenes a un papel secundario en la crianza. (Clínica Universidad de Navarra 2023)

Impacto en el desarrollo del hijo de madres adolescentes

El impacto en el desarrollo del hijo de una madre adolescente puede ser considerable, tanto en lo físico como en lo emocional y social. Las madres adolescentes pueden tener menos conocimientos sobre el desarrollo infantil y enfrentar desafíos en la crianza, lo que puede afectar el desarrollo social, cognitivo y emocional del niño. Además, los hijos de madres adolescentes pueden tener mayor riesgo de bajo peso al nacer y complicaciones de salud. (Clínica Universidad de Navarra 2023)

- Problemas socioeconómicos:

Menor nivel educativo y oportunidades laborales: Las madres adolescentes pueden tener dificultades para continuar sus estudios y obtener un empleo estable, lo que puede afectar el desarrollo de sus hijos.

Mayor riesgo de pobreza: Las madres adolescentes pueden tener más dificultades para encontrar trabajo y mantener a sus hijos, lo que puede llevar a una mayor vulnerabilidad económica. Dificultades en el desarrollo social y emocional: Los niños de madres adolescentes pueden tener más dificultades para desarrollar habilidades sociales y emocionales, especialmente si no tienen un entorno familiar estable y de apoyo. (Fundación Marie Stopes México A.C.2020-2021)

13. Conclusión

Un embarazo de alto riesgo incrementa significativamente la posibilidad de complicaciones graves como preeclampsia, eclampsia, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal. La detección temprana de factores de riesgo como hipertensión crónica, diabetes, obesidad, edad materna avanzada o antecedentes de trastornos hipertensivos y el inicio de medidas preventivas. El manejo durante el embarazo debe ser multidisciplinario, incluyendo obstetras, cardiólogos, nutricionistas y especialistas en medicina materno-fetal. Se recomienda control intensivo de la presión arterial con medicamentos seguros en gestación y uso de sulfato de magnesio en preeclampsia grave. Además, modificar el estilo de vida, con dieta saludable, control del peso y actividad ligera (≥ 150 min de ejercicio moderado por semana), reduce el riesgo de hipertensión gestacional en un 30 % y de preeclampsia en un 40 %. (citar) El seguimiento postparto es fundamental. Existen programas de atención cardiovascular que se inician inmediatamente tras el parto y continúan al menos hasta 6–12 semanas, y anualmente después, para monitorizar presión arterial, lípidos, glucosa y salud renal, con derivaciones a especialista según perfil de riesgo. Este enfoque permite detectar y manejar precozmente hipertensión crónica, dislipidemia o diabetes, evitando secuelas. Mediante: Estilo de vida saludable a largo plazo: dieta cardioprotectora tipo mediterránea, ejercicio regular y mantenimiento de peso adecuado; la lactancia también ofrece beneficios metabólicos. Tratamiento farmacológico, si persisten factores de riesgo: uso de antihipertensivos, estatinas o aspirina en dosis bajas en población seleccionada, a partir de los 40 años o con riesgo ≥ 10 % a 10 años. Prevención de secuelas a largo plazo. La preeclampsia actúa como un "test de estrés" cardiovascular y aumenta entre 2 y 4 veces el riesgo de desarrollar hipertensión, enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares o insuficiencia cardíaca en los 5 a 10 años posteriores, especialmente tras la menopausia. Hábitos saludables continuos. Disminuye rigidez arterial y mejor perfil metabólico. Intervención farmacológica según guías. Reduce progresión de riesgo cardiovascular.

En conclusión, el presente trabajo cumple los objetivos planteados al principio gracias a la revisión bibliográfica, el programa dirigido a adolescentes con embarazo de alto riesgo demostró haber alcanzado satisfactoriamente los objetivos de prevención. Se cumplieron las metas clave, tales como la captación temprana de gestantes antes de las 12 semanas, asegurar al menos cinco consultas prenatales por participante y establecer un sistema de referencia hacia niveles de atención especializados para casos complejos.

1. Álvarez-Fernández, I., Prieto, B., & Álvarez, F. V. (2016). Preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico*, 9(2), 81–89. (1)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260
3. Espinoza, H. (2002). Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistente en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 148–149.
4. Organización Panamericana de la Salud. (2024). Infecciones de transmisión sexual.
5. Organización Mundial de la Salud. (2023). Parto prematuro.
6. López Jácome, M. E., Arteaga Castro, O. A., Villamarín Cisneros, D. C., Santos Cepeda, C. G., & López Recalde, C. M. (2024). Actualización en el manejo de la diabetes gestacional: Artículo de revisión. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(4), 1–16.
7. García García, E., Pardio, J., Kaufer-Horwitz, M., & Arroyo, P. (2012). La obesidad. Editorial Médica Panamericana.
8. Quintanilla Medina, A., Valencia Pérez, G., Segura Zavala, J., García Baltazar, J., Caballero Leal, L., García Espinosa, M., Moreno Álvarez, Ó., & Carvajal Velázquez, V. (2015). Guía de práctica clínica, diagnóstico y manejo del embarazo múltiple.
9. Romero-Arauz JF, Valdés-Estrada HA. Preeclampsia severa. En: Romero, Tena y Jiménez, editores. *Enfermedad hipertensiva del embarazo: preeclampsia*, 2.^a ed. México: Graw Hill Education; 2014. p. 77-93.
10. Fisterra. (2021). Guía clínica de Trastornos del espectro alcohólico fetal.



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Human

Nombre del docente: Dra. Meza López Dulce Melisa

Introducción

Paciente adolescente de 15 años, cursando embarazo de 30 semanas, se presenta en clínica con diagnóstico de infección urinaria. La atención prenatal precoz había sido limitada debido a la edad y factores sociales, lo que la posiciona dentro de un perfil de embarazo de alto riesgo. Durante la evaluación, la paciente refiere dolor pélvico leve y sangrado transvaginal escaso, además de síntomas urinarios consistentes con disuria y poliuria.

CASO CLÍNICO: Embarazo de alto riesgo en adolescente (secundario a ITU)

Ficha de identificación:

- Nombre: Ana Sofía Martínez López
- Edad: 15 años
- Sexo: Femenino
- Escolaridad: Secundaria (2° grado)
- Estado civil: Soltera
- Ocupación: Estudiante
- Lugar de origen: Ciudad de México
- Fecha de ingreso: 10 de junio de 2025

Motivo de consulta: La paciente acudió con dolor pélvico leve y, además, sangrado transvaginal escaso a las 30 semanas de gestación.

Antecedentes heredofamiliares:

- Madre: Diabetes tipo 2, hipertensión.
- Padre: Sano.
- Abuelos maternos: HTA (ambos), abuela con obesidad.
- Hermanos: Sanos.

Antecedentes personales patológicos:

- Infecciones urinarias recurrentes en la infancia.

- Varicela a los 6 años.
- No alergias conocidas.
- No cirugías previas.
- No hospitalizaciones previas.

Antecedentes personales no patológicos:

- Vivienda con todos los servicios básicos.
- No uso de drogas ilícitas.
- Consume ocasionalmente bebidas energéticas.
- No práctica regular de ejercicio.
- Esquema de vacunación incompleto.
- Mal control prenatal (solo 2 consultas previas al ingreso).
- Índice de masa corporal: 30 kg/m² (obesidad grado

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Menarca a los 11 años.
- Ciclos irregulares.
- Gesta 1, Para 0, Aborto 0, Cesáreas 0.
- Embarazo actual IVS PS METODO
- Última menstruación: 15 de septiembre de 2024.
- FUM confiable. EG: 30.2 semanas.

Exploración física al ingreso:

La paciente presenta una tensión arterial de 150/90 mmHg y una frecuencia cardíaca de 98 lpm; además, su frecuencia respiratoria es de 20 rpm y la temperatura corporal se mantiene en 36.8 °C. En cuanto a su peso, registra 72 kg y una talla de 1.55 m, lo que sitúa su índice de masa corporal en 30 kg/m².

conservado.

En primer lugar, al evaluar el abdomen, se observa que el útero está grávido y mide aproximadamente 30 cm de altura uterina; además, la frecuencia cardíaca fetal se

sitúa en 140 latidos por minuto y se perciben movimientos fetales presentes. Por otro lado, al examinar los genitales externos, se aprecia una secreción vaginal escasa, acompañada de un ligero sangrado de color rojo oscuro y sin la presencia de coágulos. Asimismo, durante el tacto vaginal, se confirma que el cuello uterino (cérvix) permanece cerrado y, a su vez, no se detecta ninguna dinámica uterina activa en ese momento. Finalmente, al valorar las extremidades, se comprueba que no existe edema.

Estudios de laboratorio:

1. Biometría Hemática:

- Hb: 10.2 g/dL ↓ (anemia leve)
- Hto: 31%
- Leucocitos: 12,000/mm³
- Plaquetas: 230,000/mm³

2. Química Sanguínea:

- Glucosa: 89 mg/dL
- Urea: 15 mg/dL
- Creatinina: 0.7 mg/dL

3. Examen general de orina:

- Leucocitos +
- Nitritos +
- Bacterias ++

4. VIH-VDRL: Negativos

5. Ultrasonido obstétrico:

- Feto único vivo, cefálico, biometría fetal acorde a EG.
- Placenta anterior, grado II, sin desprendimiento.
- Líquido amniótico normal.

Diagnóstico:

- Embarazo de alto riesgo en adolescente de 15 años
- Amenaza de parto pretérmino a las 30 semanas
- Infección urinaria baja
- Obesidad grado I
- Anemia leve del embarazo
- Mal control prenatal

Manejo y tratamiento:

1. Manejo de amenaza de parto pretérmino:

Para comenzar, se sugiere mantener un reposo relativo, procurando que la paciente reduzca actividades físicas sin necesidad de inmovilización absoluta. Además, si se evidencia dinámica uterina, se administrarán tocolíticos. En este caso, se opta por nifedipino, con una dosis inicial de 10 mg por vía oral cada 6 horas, durante un período de 48 a 72 horas, ajustándose según la respuesta clínica. El uso de nifedipino como primera línea para inhibir contracciones es respaldado por su eficacia y perfil seguro, siendo preferido sobre otros agentes. Por otra parte, para favorecer la maduración pulmonar fetal, se administrará betametasona 12 mg por vía intramuscular, repetida cada 24 horas, completando un total de 24 mg (dos dosis). Esta estrategia utilizada comúnmente entre las semanas 24 y 34 de gestación está respaldada por su beneficio en reducir la morbilidad neonatal.

2. Tratamiento de infección urinaria:

Concretamente, se prescribe cefalexina a la dosis de 500 mg por vía oral cada 6 horas durante 7 días; asimismo, como alternativa se puede utilizar nitrofurantoína 100 mg cada 6 horas, aunque se debe evitar su uso en etapas cercanas al término, debido al riesgo de anemia hemolítica neonatal. Por otro lado, en lo relativo a la suplementación, se recomienda iniciar con sulfato ferroso, administrado en dosis de 325 mg por vía oral cada 24 horas a fin de prevenir o tratar anemia. De igual forma, se aconseja el uso de ácido fólico, con una dosis diaria de 5 mg, esencial para prevenir defectos del tubo neural.

4. Educación y seguimiento:

- Referencia a trabajo social y psicología.
- Seguimiento estrecho cada semana por alto riesgo.
- Fomentar apoyo familiar y continuidad escolar postparto.

Pronóstico:

- Reservado, dependiendo de adherencia al tratamiento y control del embarazo. Riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer y complicaciones neonatales.

Conclusión del caso clínico

En suma, una adolescente embarazada con ITU vive un embarazo con riesgo absoluto incrementado. Además, sin cribado ni tratamiento oportuno, se establecen condiciones para complicaciones graves, como parto prematuro, bajo peso, preeclampsia, sepsis y daño fetal. Por lo tanto, un manejo eficaz que incluya detección temprana, tratamiento con antibióticos seguros y, asimismo, seguimiento post-tratamiento puede reducir sustancialmente dichas complicaciones, transformando en consecuencia el pronóstico materno-fetal.