



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES GINECO OBSTÉTRICAS
DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES

LOPEZ ALVARADO JANDRY ISRAEL
MÉDICO

MACHALA
2024



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES GINECO OBSTÉTRICAS
DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES

LOPEZ ALVARADO JANDRY ISRAEL
MÉDICO

MACHALA
2024



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES GINECO OBSTÉTRICAS DURANTE EL
EMBARAZO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES

LOPEZ ALVARADO JANDRY ISRAEL
MÉDICO

PALADINES FIGUEROA FRANKLIN BENJAMIN

MACHALA, 03 DE JULIO DE 2024

MACHALA
03 de julio de 2024

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES GINECO- OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES

por Jandry López Alvarado

Fecha de entrega: 21-jun-2024 02:40p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2406408613

Nombre del archivo: OBST_TRICAS_DURANTE_EL_EMBARAZO_Y_PUERPERIO_EN_ADOLESCENTES.docx
(62.24K)

Total de palabras: 4202

Total de caracteres: 23044

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, LOPEZ ALVARADO JANDRY ISRAEL, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Manejo de las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo y puerperio en adolescentes, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 03 de julio de 2024



LOPEZ ALVARADO JANDRY ISRAEL
0706751823



UNIVERSITAS
MAGISTRORUM
ET SCHOLARIUM

Resumen

El embarazo adolescente se considera un problema de salud pública por las diversas complicaciones maternas y fetales. A nivel mundial el 25% de las mujeres entre 15 a 19 años son madres adolescentes. **Objetivos:** 1. Evaluar el manejo terapéutico de las complicaciones gineco – obstétricas durante el embarazo y puerperio del adolescente mediante revisión de artículos científicos 2. Identificar las complicaciones prenatales, perinatales y post natales más prevalentes del embarazo adolescente. 3. Establecer recomendaciones del manejo en atención primaria del embarazo adolescente. **Métodos:** Estudio descriptivo, de revisión documentos en diferentes bases de datos Pubmed, Medscape, EBSCOhost, Google Academic y Elsevier de los últimos cinco años. **Conclusiones:** Dentro del manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo se recomienda principalmente el uso del nifedipino. En el embarazo ectópico se utiliza el metrotexate en base a criterios clínicos y en caso de no cumplirlos el tratamiento de elección es la salpingectomía. El misoprostol es la alternativa más utilizada en el aborto. En la anemia gestacional se recomienda el manejo con hierro más ácido fólico. En la ruptura prematura de membranas en el caso de embarazos menores de 34 semanas se espera un manejo expectante y en los mayores de 34 semanas la inducción del parto. En situaciones como la desproporción cefalopélvica la única opción es la cesárea.

Palabras claves: manejo, complicaciones, embarazo, adolescentes

Abstract

Teenage pregnancy is considered a public health problem due to various maternal and fetal complications. Worldwide, 25% of women between 15 and 19 years old are teenage mothers. **Objectives:** 1. Evaluate the therapeutic management of gynecological-obstetric complications during pregnancy and the postpartum period of adolescents through a review of scientific articles. 2. Identify the most prevalent prenatal, perinatal and postnatal complications of adolescent pregnancy. 3. Establish recommendations for primary care management of adolescent pregnancy. **Methods:** Descriptive study, reviewing documents in different databases Pubmed, Medscape, EBSCOhost, Google Academic and Elsevier from the last five years. **Conclusions:** Within the management of hypertensive disorders of pregnancy, the use of nifedipine is mainly recommended. In ectopic pregnancy, methotrexate is used based on clinical criteria and if these are not met, the treatment of choice is salpingectomy. Misoprostol is the most used alternative in abortion. In gestational anemia, management with iron plus folic acid is recommended. In the case of premature rupture of membranes in the case of pregnancies under 34 weeks, expectant management is expected and in those over 34 weeks, induction of labor is expected. In situations such as cephalopelvic disproportion, the only option is a cesarean section.

Keywords: management, complications, pregnancy, adolescents

Índice de contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	4
Desarrollo	6
2.1 Fisiología del embarazo en adolescentes	6
2.2 Complicaciones	7
<i>2.2.1 Complicaciones prenatales</i>	7
<i>2.2.2 Complicaciones perinatales</i>	8
<i>2.2.3 Complicaciones post natales</i>	9
2.3 Manejo terapéutico	10
<i>2.3.1 Tratamiento farmacológico</i>	10
<i>2.3.2 Tratamiento quirúrgico</i>	12
Conclusiones	14
Referencias	15

Introducción

El embarazo adolescente se define como la gestación en mujeres entre los 10 a 19 años de edad, en coincidencia con el promedio de la edad para el inicio de la fertilidad y el final de la adolescencia (1). El puerperio es la etapa que transcurre desde el parto hasta 6 – 8 semanas después, durante el cual los cambios fisiológicos que ocurrieron en el embarazo se revierten y el útero vuelve a su tamaño normal (2).

La maternidad adolescente constituye un factor de riesgo gineco obstétrico tanto para la madre y el feto en todo el desarrollo del embarazo y en el momento del parto, afectando sobre todo a menores de 15 años (1). Actualmente se considera un problema de salud pública por las repercusiones biopsicosociales en la salud de la madre y el hijo y las diversas complicaciones materno fetales con altos índices de mortalidad (3).

A nivel mundial, el 25% de las mujeres entre 15 y 19 años son madres adolescentes. La tasa de natalidad global para este grupo de edad es de 44 por cada 1000 adolescentes (4). En Latinoamérica, entre el 15 al 20% de los nacimientos son hijos de madres menores de 20 años; Bolivia, Perú y Chile muestran una baja incidencia, mientras que en Venezuela, Ecuador y Colombia el porcentaje de madres adolescentes llega al 20% (5).

En el Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes entre 15 a 19 años son madres. En los últimos 10 años, el 74% menores de 15 años tuvieron su primer embarazo y un 9% en mayores de 15 años (5). En el país, la violencia sexual es responsable del 42,7% de casos de adolescentes embarazadas, con el 50% de estos casos atribuidos a violencia sexual intrafamiliar (6).

El embarazo adolescente conlleva mayores riesgos para la salud reproductiva, asociados con resultados adversos del embarazo como partos prolongados o distócicos, preeclampsia, abortos, anemia, endometritis puerperal, embarazo ectópico, hemorragia

posparto, restricción del crecimiento fetal intrauterino, bajo peso al nacer, infecciones genitourinarias y muerte perinatal (7).

Un estudio realizado en el Hospital Angela Loayza Ollague sobre adolescentes embarazadas de un total de 36 pacientes, 12 (33,3%) presentaron un embarazo a término, 4 (11,1%) culminaron en nacimientos prematuros y 4 (11,1%) en óbito fetal. Las principales complicaciones que requirieron ingreso a UCI fueron en hemorragia postparto en un 38,9%, los trastornos hipertensivos en un 30,6% y las infecciones en un 16,7% (8).

Los profesionales de salud desempeñan un papel fundamental en la atención integral de las adolescentes, especialmente en la atención primaria. Esta se enfoca en la detección temprana del embarazo, seguimientos de los controles prenatales y la evaluación de los factores de riesgo, así como de la situación psicológica, social y familiar de cada gestante. Esto busca reducir futuras complicaciones y asegurar un control adecuado del embarazo hasta el parto, ayudando a las adolescentes a enfrentar los desafíos de la maternidad (9). Sin embargo, las metas en salud materna no están alcanzadas; ya que las complicaciones están en aumentando cada año, según reflejan las estadísticas actuales.

En este contexto, la finalidad de la investigación es definir el manejo terapéutico de las complicaciones gineco – obstétricas durante el embarazo y puerperio del adolescente. Asimismo, identificar las complicaciones prenatales, perinatales y post natales del embarazo en adolescentes y establecer recomendaciones del manejo en atención primaria del embarazo adolescente. Para ello, se adoptó un enfoque de revisión sistemática de la literatura científica, mediante la búsqueda en base de datos Pubmed, Medscape, EBSCOhost, Google Academic y Elsevier de los últimos cinco años.

Desarrollo

2. 1 Fisiología del embarazo en adolescentes

A medida que la adolescencia comienza se activa un proceso donde actúan diversas hormonas. Entre ellas, los niveles de hormona luteinizante (LH) aumentan 10 veces y se duplican los niveles de hormona folículo estimulante (FSH), que contribuyen con la aparición de diversos cambios físicos y psicológicos propios de la adolescente. Entre estos cambios, se destaca; el inicio de la menarquia, la aparición de caracteres sexuales, crecimiento y transformación de los órganos reproductivos que comienzan a ser aptos para la fecundación. No obstante, aún no se considera un desarrollo adecuado para llevar a cabo un embarazo sin estar a expensas de cualquier tipo de complicación por el simple hecho de la falta de madurez del sistema reproductor y del individuo en general (1).

La menarquia es una de las características biológicas que enmarcan la adolescencia, la retroalimentación positiva por parte del estradiol en el eje hipotálamo gónada hipofisiario no está establecida aún por lo que la ovulación es infrecuente. La menstruación ocurre con la variación cíclica hasta que el mecanismo de inducción de la LH es activado por los niveles de estrógenos que conducen a la ovulación (10).

La menarquia es un factor determinante para el inicio de la fecundación y el alcance de la madurez reproductiva dado 5 años después de su inicio. Por ende, los embarazos que ocurren dentro de los primeros 5 años posteriores a la menarquia tienen alto riesgo de complicaciones materno fetales (11).

2.2 Complicaciones

2.2.1 *Complicaciones prenatales*

El aborto constituye una complicación común en embarazos a edades tempranas, manifestándose a menudo como amenaza de aborto o aborto en evolución. Estas condiciones pueden agravarse, resultando en hemorragias severas y sepsis (1). La principal causa de sangrado al inicio del embarazo está asociada con el aborto espontáneo. Se estima que la prevalencia de abortos espontáneos en adolescentes es del 10,49 % (12).

El embarazo ectópico es más frecuente en adultos que en adolescentes, sin embargo, ocurre en 1,5 a 2% de los casos y constituye el 6% de la mortalidad materna (13). Es una situación de alto riesgo para la madre adolescente, debido a que, si el crecimiento ovulatorio se da en la trompa de Falopio, es común que se produzcan rupturas. Esto, sumado a la inmadurez fisiológica de las adolescentes, puede provocar hemorragias severas (5).

La anemia por deficiencia de hierro afecta directamente al feto y es una complicación frecuente en las gestantes jóvenes. Este riesgo incrementa debido a la mayor demanda de hierro necesaria para satisfacer el rápido crecimiento y las intensas modificaciones biológicas características del embarazo adolescente. Esta situación se asocia con una reducción del volumen amniótico, alteraciones en la prueba de bienestar fetal, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, mayor riesgo de hemorragia y depresión postparto (14).

Durante el embarazo, las infecciones del tracto urinario afectan entre el 4 y 9% de los casos, debido a factores como la compresión uterina, cambios hormonales y la elevación del pH urinario, entre otros. Entre el 2% y el 7% de estos casos desarrollan bacteriuria asintomática, que, si no se trata con antibióticos, puede evolucionar a cistitis y, en un 50% de los casos a pielonefritis. En un estudio realizado en un Hospital Peruano, del total de 46

gestantes adolescentes, 40 (71,4%) presentó infección urinaria, relacionando esta causa como amenaza de parto pretérmino (15).

2.2.2 Complicaciones perinatales

El riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo aumenta cuanto menor es la edad de la madre, representando un peligro tanto para la madre como para el feto. Estos trastornos se asocian con alteraciones neurológicas, como convulsiones en casos de preeclampsia, insuficiencia placentaria, parto pretérmino, alteraciones metabólicas, muerte materna y fetal (1).

En un estudio realizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, del total de 220 casos diagnosticados con preeclampsia en adolescentes, 163 (74%) se encuentran entre los 17 y 19 años, 53 (24%) entre los 14 y 16 años y 4 pacientes (2%) entre los 11 a 13 años. A su vez, 34 pacientes (15%) fueron diagnosticadas durante el segundo trimestre de gestación y 186 pacientes (85%) en el tercer trimestre (16).

En mujeres jóvenes, existe un mayor riesgo de ruptura prematura de membranas en comparación con las mujeres adultas. Esto se debe a que ciertas hormonas inhiben las metaloproteinasas, las cuales son responsables de degradar las fibras colágenas que componen las membranas ovulares. Por tanto, la disminución de estas hormonas resulta en una falta de protección, llevando a la ruptura de membranas y en los peores casos, a una corioamnionitis. Esta complicación ocurre en aproximadamente el 10% de todos los embarazos adolescentes y se presenta entre el 5 y 10% de los partos, con el 90% de los casos después de la semana 37 de gestación (17).

El crecimiento intrauterino retardado (CIUR) es común en los embarazos adolescentes y está estrechamente relacionada con el bajo peso al nacer. La mortalidad infantil en estos casos se triplica en comparación con neonatos de madres mayores de 20 años. El CIUR a

menudo se debe a déficits nutricionales, cambios en la dieta, hábitos tóxicos y poco saludables, malformaciones congénitas, trastornos hipertensivos del embarazo, insuficiencia placentaria e infecciones (1).

Durante el parto, los problemas más comunes surgen cuando la pelvis materna no se desarrolla completamente, lo que impide el paso adecuado del feto a través del canal del parto. Además, las anomalías en la presentación y posición del feto, así como los casos de macrosomía, contribuyen a un aumento en los partos distócicos que a menudo terminan en cesáreas. En mujeres adolescentes, la subdesarrollada anatomía del aparato genital puede ocasionar estrechez en el canal del parto, aumentando el riesgo de complicaciones traumáticas como desgarros, hemorragias e infecciones en el tracto vaginal, lo cual también representa un peligro significativo durante el parto para el feto (18).

2.2.3 Complicaciones post natales

El bajo peso al nacer es una de las complicaciones más comunes entre los recién nacidos de madres adolescentes, siendo un factor crítico a nivel mundial y en diversas poblaciones para determinar las posibilidades de supervivencia y el crecimiento saludable del bebé. Esta complicación obstétrica se presenta entre el 6 y 7% de los nacimientos y está asociada con más del 75% de la muerte neonatal. Las mujeres más jóvenes tienen una mayor probabilidad de tener bebés prematuros o con bajo peso, lo que aumenta la morbilidad neonatal. Se sugiere que la falta de madurez biológica de la adolescente pueda ser la causa adyacente de estos resultados adversos (1).

Un estudio realizado en el Hospital Augusto Hernández Mendoza sobre complicaciones puerperales en adolescentes embarazadas de un total de 177 pacientes, 23 (13%) presentó hemorragia postparto, 15 (8,5%) desgarro genital, 8 (4,5%) mastitis puerperal y un 5 (2,8%) endometritis puerperal (2).

2.3 Manejo terapéutico

2.3.1 Tratamiento farmacológico

En el tratamiento de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, se ha sugerido que la metildopa es seguro para su uso, pero no se destaca por su eficacia en la reducción de la presión arterial en comparación con el labetalol y el nifedipino. Por ende, el nifedipino, es el más utilizado debido a su seguridad y eficacia (19).

Diversos estudios han valorado el uso de diferentes fármacos para la prevención de la preeclampsia, entre ellos, el calcio, vitamina C, ácido fólico, aspirina. Sin embargo, se ha demostrado que, la aspirina es útil en pacientes con alto riesgo de preeclampsia cuando se administra en dosis bajas de 60 a 150mg diarios entre la semana 11 a 14 y manteniendo hasta la semana 36 y 37. De igual manera, la administración de calcio ayuda a reducir el riesgo de preeclampsia (19).

Con respecto al embarazo ectópico, el 25% de los casos se resuelven de manera espontánea. Sin embargo, cerca del 90% requieren de manejo expectante debido al aumento de síntomas o ruptura tubárica. Se recomienda el uso del metrotexate en pacientes que cumplan las siguientes condiciones: sin alteración hemodinámica, presencia de embarazo tubárico no roto, sin presencia de dolor intenso, β -hCG sérica menor a 5000 UI/L, pruebas hepáticas y renales normales. El esquema de tratamiento consiste en administrar como dosis inicial 50 mg seguido de vigilar la concentración de b-hCG, si esta no disminuye menos del 15% se debe administrar una segunda dosis (20).

En el manejo del aborto se recomienda el uso de misoprostol. En el caso de embarazos de menos de 12 semanas, se sugiere una dosis de 800 μ g administrados por vía vaginal o sublingual. Por su parte, en los embarazos de más de 12 semanas, la dosis recomendada es de 400 μ g repetido cada 3 horas. En un estudio comparativo entre el

tratamiento médico y quirúrgico del aborto, se encontró que el método quirúrgico logró una eficacia del 93%, mientras que el manejo farmacológico mostró eficiencias variables, que van desde el 81,3 hasta el 94.6%. A pesar de esto, el misoprostol es considerada una excelente alternativa en el manejo del aborto (12).

En los casos de infecciones urinarias bajas durante el embarazo, como la bacteriuria asintomática se recomienda la nitrofurantoina a dosis de 100mg cada 12 horas por 5 días o la fosfomicina por única dosis debido a su bajo nivel de resistencia y seguridad en el embarazo. Sin embargo, en el caso de susceptibilidad al antimicrobiano se debe repetir un urocultivo a los 15 días (21).

En los casos de pielonefritis y su relación con el alto riesgo de complicaciones se recomienda su manejo intrahospitalario con cefalosporina de segunda o tercera generación como la ceftriaxona; o amoxicilina con ácido clavulánico, ambas con la opción de agregar un aminoglucósido si se trata de un paciente inestable o con sepsis (21).

Las guías recomiendan que la administración de hierro en la gestante puede ser profiláctica o terapéutica según sus requerimientos y déficit. Por tanto, se recomienda como esquema preventivo suplementos de hierro de 60mg/día + ácido fólico 400 µg/día, desde la semana 14 del embarazo hasta 1 mes después del parto (22). Según Bonilla et al. (2022) el hierro polimaltosado administrado a gestantes con diagnóstico de anemia durante 8 semanas puede aumentar los niveles de ferritina sérica (23).

En casos de anemia grave con hemoglobina menor de 9g/dl, intolerancia a la vía oral o necesidad incrementos rápidos en los niveles de hemoglobina, se podría considerar la administración de hierro intravenoso durante el embarazo. Sin embargo, no se recomienda este tratamiento durante el primer trimestre del embarazo (14).

En el manejo de la ruptura prematura de membranas a término sin complicaciones, la decisión central es si proceder con la inducción del trabajo de parto de manera activa o adoptar un enfoque expectante. Actualmente, se emplean diversas estrategias farmacológicas para la inducción del parto, como la oxitocina, dinoprostona intracervical y misoprostol vía oral o vaginal. La elección entre estos agentes depende no solo de la actividad uterina, sino también de la favorabilidad del cuello uterino; en caso de un cérvix desfavorable, se requerirá primero madurarlo. Según un estudio comparativo, la oxitocina demostró un tiempo hasta el parto más corto en comparación con el misoprostol oral, con una diferencia aproximada de 3 horas. Además, el grupo tratado con oxitocina requirió menos tactos vaginales durante el proceso (24).

En el manejo de la ruptura prematura de membranas (RPM) antes de las 34 semanas de gestación, se debe adoptar un enfoque expectante siempre y cuando no haya contraindicaciones que afecten a la madre o el feto. Sin embargo, la RPM prolongada por más de 24 horas se asocia con un aumento del riesgo de infecciones durante el parto. Por lo tanto, se recomienda la profilaxis antibiótica para el *Streptococcus* del grupo B con el uso de amoxicilina – ácido clavulánico a dosis de 1 g cada 6 horas por vía parenteral. Sin embargo, si la paciente es alérgica a las penicilinas, se sugiere utilizar la clindamicina a dosis de 900 mg cada 8 horas (24).

2.3.2 Tratamiento quirúrgico

En caso de algún fracaso al tratamiento médico con metrotexate en el embarazo ectópico, deben ser manejados con tratamiento quirúrgico, siendo de primera línea la salpingectomía laparoscópica. Las indicaciones para este procedimiento son: inestabilidad hemodinámica, abdomen agudo, tumor anexial < 35 mm, niveles de β -hCG > 5000, LCF (+) evidenciados en ultrasonido transvaginal, contraindicación al tratamiento médico. La salpingectomía implica la extracción de la trompa comprometida y es el procedimiento

quirúrgico estándar, ya que la salpingostomía remueve el embarazo ectópico preservando la trompa en el que se pueden presentar riesgo de recurrencias (20).

En el manejo quirúrgico del aborto, se observó que el 63,6% de las mujeres fueron sometidas a legrado uterino instrumental, mientras que el 36,4% optó por aspiración manual al vacío. En cuanto a la eficacia del procedimiento, el legrado uterino logró evacuar completamente en un 85,5% de los casos, mientras que la aspiración alcanzó una tasa de éxito del 94,2%, sin complicaciones (12).

En términos de complicaciones ginecobstetricias que pueden llevar a una cesárea, la desproporción cefalopélvica es una de las más relevantes, seguido por la historia de cesárea previa. Según un estudio, las principales indicaciones de cesárea fueron desproporción cefalopélvica en 97%, preeclampsia en un 2.4% y cesárea anterior en un 15.9% (1).

Conclusiones

El embarazo adolescente representa un problema de salud pública actual debido al incremento de casos en los últimos años. Esta situación trae consigo diversas consecuencias tanto para la salud de la madre como del feto. Dentro de las complicaciones prenatales tenemos el aborto, embarazo ectópico, anemia e infección urinaria. Por su parte, las complicaciones perinatales comprenden los trastornos hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino retardado, ruptura prematura de membranas y desproporción cefalopélvica. Las complicaciones post natales asociadas al parto y puerperio tenemos bajo peso al nacer, mastitis puerperal y endometritis.

Dentro del manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo se recomienda principalmente el uso del nifedipino y la profilaxis con dosis bajas de ácido acetilsalicílico. En el embarazo ectópico se utiliza el metrotexate en base a criterios clínicos y en caso de no cumplirlos el tratamiento de elección es la salpingectomía con una eficacia en la reducción del riesgo de recurrencias. Por su parte, el misoprostol es la alternativa más utilizada en las adolescentes para el manejo del aborto. En los casos de anemia gestacional se recomienda el manejo con hierro más ácido fólico y en casos de valores de hemoglobina menor de 9 el uso de hierro intravenoso. En la ruptura prematura de membranas en el caso de embarazos menores de 34 semanas se espera un manejo expectante y en los mayores de 34 semanas la inducción del parto con fármacos uterotónicos. En situaciones como la desproporción cefalopélvica la única opción es la cesárea.

Se recomienda abordar temas de salud sexual reproductiva en los diferentes niveles de atención y promover la constante asistencia a los controles prenatales en las adolescentes con el fin de identificar de manera oportuna cualquier tipo de complicación presente en el embarazo.

Referencias

1. Figueroa Oliva DA, Negrin García VA, Garcell Fernandez ET. Riesgos y complicaciones asociadas al embarazo en la adolescencia. *Rev Ciencias Médicas*. 2021 Septiembre; 25(5).
2. García Prieto J, Alonso Sánchez J, Martínez Chamorro E, Ibañez Sanz L, Borrueal Nacenta S. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. *Radiología* 63. 2021 Agosto; 22(31).
3. Martinez EA, Montero GI, Zambrano RM. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*. 2020 Diciembre; 41(47).
4. Morales Rojas ME. Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales de salud en México. *Rev. Salud y Bienestar Social*. 2021 Junio; 5(1).
5. Gómez Martínez N, Barreno Criollo JA, Donoso Noroña R. ABORDAJE EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL CONTEXTO DE SALUD. *CONRADO Revista pedagógica de la Universidad de Cienfuegos*. 2023 Agosto; 19(2).
6. Baque-Pin JA, Asunción-Pin SJ, Astudillo Robles MdC. Importancia de la Educación Sexual Integral en la Prevención del embarazo adolescente en la comunidad Sacan. *Journal Scientific*. 2024 Marzo; 8(1).
7. Abebe AM, Fitie G, Jember D, Reda M, Wake G. Embarazo adolescente y sus resultados obstétricos y perinatales adversos en el Hospital Lemlem Karl, Tigray, Etiopía, 2018. *BioMed research international*. 2020 Enero; 2020.
8. Chilinguina Villacís SI, Guerra Velásquez M, Alvarado Escobar E, Chu Lee A, Arciniega Jácome A. ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL ÁNGELA LOAYZA DE OLLAGUE 2019-2020. *REDIELUZ*. 2021 Diciembre; 11(2).

9. Del Risco Sánchez O, Zambrano Tanaka E, Guerrero Borrego N, Surita F. Good prenatal care practices in teenage pregnancy from the perspective of healthcare professionals. *Revista colombiana de obstetricia y ginecologia*. 2021 Septiembre; 72(3).
10. Ibañez Toda L. Alteraciones de la pubertad. *Congreso de Actualización Pediatría*. 2020 Febrero; 3(1).
11. García López GI, Venebra Muñoz A, Orosco Vargas AE, Aguilera Reyes U. MENARQUIA: RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL PRIMER EMBARAZO Y EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN DIEZ PAÍSES DE AMÉRICA. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 2020 Enero; 2(2).
12. Gallegos Guaman E, Cárdenas Heredia R. Complicaciones y factores asociados al aborto espontáneo en mujeres. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023 Febrero; 6(1).
13. Urbina Álvarez A, Figueroa Alvarado J, Paz Carrillo M, Mariluz Cuadros C. Embarazo ectópico adolescente: a propósito de un caso. *Revista Peruana de Pediatría*. 2021 Octubre; 2(1).
14. Bernárdez Zapata FJ. Deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva. Revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. 2021 Diciembre; 89(2).
15. Abanto Bojorquez D, Soto A. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL PERUANO. *Rev. Fac. Med. Hum*. Julio 2020; 20(3).
16. Sánchez Timm C, Borja Santillán MA, Rodríguez Orellana GG, Herrera Miranda LDC. Complicaciones de pacientes preeclámpticas en adolescentes. *RECIAMUD*. 2022 Julio; 6(3).
17. García Delgado JL, Mayorga Aldaz EC, Martínez Martínez R. ACCIONES EDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ÁREA COMUNITARIA DE SALUD. *REVISTA CONRADO*. 2022 Agosto; 18(89).
18. Mirama Calderón V, Calle Rueda DG, Villafuerte Arias PF. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *RECIMUNDO*. 2020 Julio; 4(3).

19. Múnera Echeverri AG, Muñoz Ortiz E, Ibarra Burgos JA. Hipertensión arterial y embarazo. *Rev Colomb Cardiol*. 2021 Agosto; 28(1).
20. Rivera C, Pómes C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2020 Febrero; 85(6).
21. Mejía Ramírez JL, Contreras Robles KV, Valero Rodríguez AD, Del Pelayo Preciado M, Tawney Serrano CR. Infecciones urinarias en el embarazo: revisión de la literatura. *Revista Homeostasis*. 2023 Junio; 6(2).
22. Alvarado S, Yanac Avila R, Marron Vera E, Málaga Zenteno J, Adamkiewicz4 TV. Avances en el diagnóstico y tratamiento de deficiencia de hierro y anemia ferropénica. *An Fac med*. 2022 Marzo; 83(1).
23. Bonilla Untiveros BC, Rivero Cárdenas B. Eficacia y seguridad del hierro polimaltosado para gestantes con anemia: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. 2022 Febrero; 11(1).
24. Agualongo Valencia KF, Galarza Galarza CK. Manejo de la ruptura prematura de membranas en el embarazo a término. Revisión bibliográfica. *MEDICIENCIAS UTA*. 2024 Marzo; 8(2).