COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

PRESENTAN:

WENDY CARDENAS GUILLEN

ANDREA GUADALUPE ROMERO LOPEZ

Trabajo de investigación previo a la obtención del titulo de licenciatura en enfermería

TESIS COLECTIVA

ASESOR:

E.E.C.C. MARCOS JHODANY ARGUELLO GALVEZ

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIAS

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

(Folgado, 2018) La adolescencia es el periodo de la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años en algunos casos de la adolescencia se ve interrumpida cuando la joven se queda embarazada y es que una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamas adolescentes

Cabe destacar que la adolescencia es una de las mejores etapas de la vida para muchos en las cueles se viven muchas experiencias que quedaran marcadas por el resto de la vida, mas sin embargo existen cosas tanto malas como buenas ya que muchos adolescentes toman responsabilidades de las cueles no podrían ser aptos aun prácticamente un embarazo es uno de ellos, viéndose más afectada en la mujer por lo que en ocasiones el hombre abandona a su pareja.

El embarazo en la adolescencia es aquel que se produce cuando la mujer aun es adolescente según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia se establece entre los 10 y 19 años. La mayoría de estos embarazos son no deseados. (Clínicas de aborto en México DF SF) Según la aportación de la OMS los embarazos adolescentes en la mayoría parte de los casos son no deseados debido a que en esta etapa el ser humanos trata de descubrir una enorme variedad de cosas que, no obstante pueden perjudicar la salud y el futuro de cada uno de ellos sin embargo, no se ponen a prueba el usos de conciencia y razón lo que arroja como resultado problemas en esta etapa de su vida, siendo más específico que se encuentra un embarazo no deseado.

(Resumenea,2017) El embarazo adolescente puede estar relacionado con cosas como la falta de educación e información sobre la reproducción, la presión de grupo y el compromiso temprano de la actividad sexual. Aunque algunos embarazos a temprana edad en adolescentes son internacionales y

producen muchos resultados negativos para la madre adolescente y el niño y otras personas de la familia y sus compañeros.

Hablando de la falta de educación como marca la bibliografía hoy en día se encuentra casos de embarazo a temprana edad que son el resultado de la falta de conocimiento por parte de ambas parejas, esto es uno de los principales factores causantes de que suceda este incidente. Ahora si bien es un embarazo intencional cabe destacar que tanto el hombre como mujer deben prepararse para actuar una nueva responsabilidad enorme complicando su etapa de adolescente.

(WebConsultas Revistas de Salud y Bienestar, 2019) El organismo de la adolescente tienen una necesidad para su propio desarrollo en las que pueden inferir la gestación, con los consiguientes riesgos de mal nutrición o retrasó en el desarrollo óseo entre otros. A nivel psicológico la adolescencia se encuentra en una etapa de inmadurez, que hace que acuse más el rechazo, sienta vergüenza y sufra problemas de adaptación o de falta de apoyo emocional.

Tanto la falta de desarrollo físico y mental van de la mano. Ya que ambos son importantes para concebir un nuevo ser, se debe tener un equilibrio de ambas cosas, no pueden influir unas más que otras lastimosamente en esta etapa no se consideran de esta forma, provocando problemas de salud que compromete la vida tanto de la madre como la del bebe en muchos casos la madre puede llegar al suicidio o al aborto o incluso rechazo de su propio hijo.

Entre los problemas que pueden afectar al niño especialmente si la madre no recibe la atención médica necesaria durante toda la gestación destacan mayor riesgo de muerte intrauterina, bajo peso al nacer, prematuridad, crecimiento intrauterino retardado (CIR) mayor incidencia de enfermedades cardiológicas y problemas funcionales.

(Web Consultas Revista de Salud y Bienestar, 2019) Según la revista de salud y bienestar un mal desarrollo en el feto puede ocasionar patologías graves que pueden terminar con la vida de este a temprana edad, en mayor parte de los casos el musculo cardiaco no es desarrollado adecuadamente comprometiendo la falta de función correcta de los pulmones y cerebro, es por eso de que los índices de mortalidad neonatal aumentan de forma rápida que es un caso preocupante para la salud pública.

A nivel mundial se estima que existen 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas >de 15 años dan a luz cada año< , la tasa media de natalidad entre los adolescente de 15 años es de 49 por 1000 adolescentes (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2019)

(Animal Político, 2019) según datos de Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en 2018 Coahuila, Guerrero y Chiapas obtuvieron las mayores tazas de embarazos adolescentes con 24.1, 23.1, 22.6 nacimientos registrados por cada 100 mil mujeres entre 10y 17 años de edad.

En la base de datos en la república mexicana con más índices de embarazos a temprana edad siendo más prevalentes en el estado de Chiapas, dando a conocer que es un reto para la salud publica en promover a la salud ya que, en base a estudios Chiapas es unos de los estados más marginados y con falta de apoyo a la salud por ello es importante concientizar a la sociedad sobre los problemas que pueden generar un embarazo a temprana edad.

Podemos decir entonces que existen múltiples factores de riesgo que se pueden presentar en un embarazo adolescente siendo estas (16 millones de adolescentes entre 10 y 19 años), las causas principales son irresponsabilidad por parte de los adolescentes que comienzan una vida sexual activa sin conocer o tomar medidas de prevención y que a largo plazo no solo afecta al adolescente si no también involucra al producto.

Los factores de riesgo pueden ser: Preclamsia, Eclampsia, Síndrome de Help, Obesidad, Desnutrición, Anemia, Edad, Estilo de vida, Economía. En base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta **¿Cuáles son los factores de riesgo en adolescentes que presentan embarazos a temprana edad durante el periodo?**

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo en adolescentes que presentan embarazos a temprana edad durante el periodo?

JUSTIFICACION

Elegimos este tema principalmente porque después de analizar el comportamiento epidemiológico que está relacionado a la conducta sexual y reproductiva en los adolescentes, nos pudimos percatar que se encontraba un incremento en el índice de fecundidad, inicio precoz de relaciones sexuales, desconocimientos y falta de uso de métodos anticonceptivos.

Así como en educación sexual y reproductiva inadecuada, que traía como consecuencia un incremento en el porcentaje de embarazos en la adolescencia. Tenemos que tener en cuenta que los adolescentes pasan mayor parte del tiempo en la escuela, por lo que es muy difícil que sean informados acerca de este tema.

Ya que las instituciones se encuentran restringidos a tratar del tema de sexualidad con funciones reproductivas, por lo que los jóvenes son vulnerables en formarse a través de algunas fuentes externas que pueden llegar a ser de gran influencia, como pueden ser los medios de comunicación, que ilustra una visión comercial, superficial, fragmentada y fetichizada de la sexualidad.

Hoy en día sabemos que el mayor número de embarazos corresponde a mujeres adolescentes, lo que llega a causar un grave problema de salud, debido a que son más propensas a un alto riesgo obstétrico y perinatal, las implicaciones más importantes que tienen los embarazos adolescentes están en el contexto demográfico y de salud.

La contribución de estos jóvenes a mantener elevada la fecundidad general de la población es considerable su bajo nivel de nutrición y salud, la escasa escolaridad, difícil acceso a los centros de salud contribuyen a la morbilidad y

mortalidad maternal neonatal, teniendo en cuenta el objetivo principal der la investigación como:

Determinación de las principales complicaciones en los embarazos adolescentes en el Hospital Materno infantil de Comitán de Domínguez Chiapas ya que estos resultados permitirán diseñar programas adecuados de educación y prevención de embarazos en adolescentes.

Una vez verificando los resultados obtenidos, acerca de la incidencia de los factores de riesgo que puede causar un embarazo en la adolescencia, posteriormente se pretende poder crear un plan para proporcionar información y evitar o disminuir los embarazos en la adolescencia lo que a su vez haría disminuir los factores de riesgo que este proceso conlleva

Objetivos General

Conocer los principales factores de riesgo en el embarazo adolescente entre 15 y 19 años en el Hospital Materno Infantil de Comitán de Domínguez Chiapas

Objetivos Específicos

- Brindar Platicas de Planificación familiar en personas adolescentes.
- Identificar las principales complicaciones para la madre y el bebé en mujeres adolescentes embarazadas a temprana edad.
- Elaborar estrategia de apoyo familiar y comunitario en mujeres embarazadas a temprana edad.

CAPITULO II

Marco Teórico

II.I Origen del posible motivo de embarazo

II.I.I INTRODUCCION

(J Carreño. Melendez,2023) Con un estudio exploratorio y observacional, se evaluó mediante un amplio cuestionario de variables sociodemográficas (Cuestionario de Funcionamiento Familiar) a 300 adolescentes embarazadas, de 15 a 19 años. Estas adolescentes no tenían antecedentes de consumo de sustancias adictivas y su embarazo no era producto de una violación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)4, las jóvenes que se embarazan entre los 15 y los 19 años son adolescentes en etapa tardía. Cuando se embarazaron ya tenían al menos dos años de haber iniciado la vida sexual.

Este estudio encontró que el inicio de la vida sexual fue a los 12 años para el 1.7%, a los 13 años para el 7.3%, a los 14 años para el 18.7%, a los 15 años para el 36%, a los 16 años para el 19.3% y el restante 17% tuvo un inicio cercano a los 19 años.

La edad de la pareja iba desde los 14 hasta los 19 años en el 62% y de los 20 hasta los 44 años en el 38%. En cuanto a las mujeres embarazadas, en el 50.7% el embarazo fue producto de la relación con adolescentes y en el 49.3% fue producto de la relación con adultos de más de 19 años

Según la entrevista, las adolescentes que tenían una vida sexual activa mencionaron que contaban con información sobre métodos anticonceptivos. La secundaria es uno de los lugares en el que se da el primer contacto con los libros de autoayuda.

La familia, que es el primer contacto con lo social para que se vaya conformando en la vida emocional y relacional de manera resumida. Se dice que lo psíquico es aquello que está entre lo biológico y lo social5, por eso el entorno determina cómo se interpreta o representa y se está en el mundo.

II.I.II ORIGEN DESDE LO SOCIAL

Desde la investigación en salud pública, la ginecología y la obstetricia, demografía y la investigación educativa, se han generado enfoques con los que se ha pretendido entender el porqué del embarazo adolescente. Algo que parece claro es que este es un generador de pobreza integral generacional.

Como nunca en la historia de la sociedad contemporánea, se incrementó el embarazo a temprana edad. Las explicaciones son varias y vienen acompañadas de una serie de mitos sociales e individuales sobre la sexualidad humana, la anticoncepción, la vida amorosa y de pareja en la juventud.

La psicología social explica cómo la cultura neoliberal determinó el pensamiento de la población y, en particular, el del adolescente. Cuando el Estado dejó de cumplir con su función de ser un regulador de la convivencia social, gobernaba para que esas relaciones estuvieran vigiladas por el Estado, en su función no solo normaba la vida social sino también la individual.

Otro fenómeno actual es la intoxicación digital. Según Cornella8 este fenómeno tiene un efecto adverso en el consumo de información, pues impide tocar temas de manera veraz. Cuando los temas son tratados en las redes sociales no es posible profundizar en ellos, ya sea anticoncepción, embarazo adolescente, vida sexual en jóvenes o relaciones amorosas a temprana edad.

Todos estos temas puestos en el ciberespacio generan saturación y hacen que las adolescentes no presten atención a temas vitales. Incluso es posible que en

ocasiones prefieran evitarlos y restarles importancia en su vida, pues tienen la creencia de que con la información que poseen es suficiente. Así, el fenómeno de la saturación les impide reflexionar respecto a temas importantes para su desarrollo.

II.I.III SEXUALIDAD Y PSICOLOGIA

Ejercer la sexualidad a temprana edad y ser capaz de metabolizar la experiencia puede resultar complejo sin una orientación cercana que ayude a las adolescentes a confirmar o rechazar la experiencia, y a definir si fue o no de su agrado. A causa de su edad, las adolescentes aún no pueden conceptualizar el placer.

Fisiológicamente, el cuerpo aún no está desarrollado para procesar la experiencia. Algunas adolescentes no saben referir el tipo de experiencia que vivieron, pues falta incorporar el concepto de placer derivado de otras actividades que contribuyan a desarrollar esta conceptualización.

Según la teoría del psicoanálisis, el Yo, como instancia psíquica que se rige por el principio de realidad, se va conformando a partir de los dos años. Al final de la adolescencia es cuando completa su desarrollo y queda integrado, y son los aspectos definidos de la personalidad.

Según la teoría del psicoanálisis, el Yo, como instancia psíquica que se rige por el principio de realidad, se va conformando a partir de los dos años. Al final de la adolescencia es cuando completa su desarrollo y queda integrado, y son los aspectos definidos de la personalidad.

Una forma de observar la estructuración psíquica en las adolescentes es mirar que son capaces de reconocer la contradicción y la ambivalencia sobre los objetos de amor, al entender que el amor no se negocia, ya que depende la crianza, esto es lo que da consistencia a la vida psíquica.

Cuando no se cumplen las funciones paternas y maternas durante la crianza, la estructuración se da con muchos fallos y las representaciones de la realidad son parciales, con una alteración permanente del juicio y la realidad.

En la fase de la adolescencia es esperado que el Yo aún no esté integrado10. Cuando se presenta el embarazo de manera fortuita, este se vuelve un problema para las jóvenes.

De manera relacionada, un mito que ha prevalecido en ámbitos académicos y sociales es que las mujeres maduran más rápido que los hombres, y que, socialmente, se hacen adultas a temprana edad. Sentir el estatus de mujer adulta permite a la mujer elegir como pareja a un adulto.

Al relacionarse con ellos, la adolescente se va aislando como una forma de separación de la familia. Esto no representa independencia, sino aislamiento. En una relación así, frente al abuso y la violencia, se quedan solas sin el apoyo familiar.

II.I.IV LA FAMILIA

El aislamiento familiar es el factor más importante relacionado con el embarazo. A mediados del siglo anterior, la adolescencia era aún un proceso largo que permitía ir construyendo una identidad propia e integrada en una familia; la identidad se iba estructurando de manera gradual y la entrada a la vida adulta estaba relacionada con la edad.

Sentirse separada de la relación familiar por el crecimiento, con choques generacionales y ambivalencias, con rechazo a la realidad y con desencuentros

con los padres para afirmar su independencia es parte del proceso que tiene que vivir toda adolescente.

En el reporte del tipo de familia que perciben las adolescentes, el 47.3% la refieren caótica, el 22.3% flexible, el 18.7% estructurada y el 11.7% rígida. Cada vivencia es particular, y destaca la falta de presencia del padre, ya sea por trabajo o por abandono.

La figura paterna es parte esencial de las jóvenes para auxiliar a su conformación como personas. Cuando la presencia del padre falla, los hijos se muestran incompletos. Su presencia durante la adolescencia es significativa para la salud y la calidad de vida de la adolescente, por ser una etapa especialmente vulnerable para experimentar sentimientos de soledad.

Así, la ausencia de figura paterna deja a la joven sin una guía inicial para el desarrollo de sus proyectos en distintas áreas de la vida. Cuando el embarazo ocurre, por lo general, el padre de la adolescente muestra aceptación, no solo por dar autonomía a las hijas, sino que no se involucró su crianza.

Las hijas que se embarazan son, en su mayoría, las mayores de sus familias. Por ello el tránsito hacia la adolescencia se da de manera azarosa, ya que no hay quien acompañe el proceso. Cuando la hija es la primera de tres o cuatro hermanos, con relativa frecuencia tiene que cumplir funciones de crianza con las hermanas o hermanos.

Ya que los padres están enfocados en la sobrevivencia y como consecuencia muestran con poca efectividad y deficiente vigilancia en la crianza. Más de la mitad de ellas abandonaron la formación escolar antes del embarazo, tan solo porque no les gustó, y no tuvieron a alguien que pudiera apoyarlas o exigirles seguir estudiando.

Cuando las jóvenes viven en pareja, la familia política, por lo regular, no las acepta y se involucran en sus conflictos. Esta intromisión supone un alto riesgo de separación para la pareja. Con estas condiciones, las jóvenes duran, por lo general, menos de un año viviendo en pareja.

Con frecuencia, las madres de las adolescentes perviven en el comercio informal o en empleos con baja remuneración y horarios extendidos, que las dejan sin posibilidad de mantener una relación familiar cercana con las adolescentes.

II.I.V PAREJA Y SEXUALIDAD

Antes del embarazo, las jóvenes vivían con los padres y cuando deciden vivir en pareja, él va a la casa de ella; el 47% lo hace en unión libre, una mínima parte se casa (esto sobre todo sucede cuando la pareja es mayor que la joven).

El 16% de los hombres está por arriba de los 20 años, hasta llegar a los 44 años. Cuando la pareja es seis años mayor se puede caracterizar como abuso sexual; por la edad, la adolescente no puede consentir frente a un adulto.

El 25% de las parejas tenía una relación de amigos antes del embarazo, el 52% de las parejas tenía menos de un año de conocerse, el 23% de las parejas tenía relaciones ocasionales.

Cuando nace la hija o el hijo, el 44% de ellas reportan ya no tener relaciones sexuales, el 18% dice tenerlas de manera frecuente y el 30% señala que lo hace de manera ocasional sin un método anticonceptivo definido.

Puede ser alta la probabilidad de un segundo embarazo; en esta muestra el primer embarazo se dio en el 83%, y el segundo en el 17%.

El 63% de las adolescentes de la muestra tuvo inicio de vida sexual a los 15 años o menos y reporta haber tenido novio desde los 12 años. El 95% de ellas había tenido de uno a cinco novios antes de los 15 años.

Al preguntar sobre métodos anticonceptivos, las adolescentes mencionaron que conocían todos los métodos, y que estos fueron utilizados ocasionalmente, a pesar del conocimiento de la píldora del día siguiente.

También reportaron que les era posible conseguir dichos anticonceptivos de manera gratuita en centros de salud y oficinas de la juventud; para ellas el precio y la disposición no suponían problemas. La mayoría de las adolescentes menciona que el embarazo fue una idea que siempre estuvo presente y por ello no se cuidaron.

II.I.VI ANTECEDENTES EN EL EMBARAZO

En este apartado damos a conocer los antecedentes y la evolución del embarazo en general

II.I.VII ANTECEDENTES EN EL EMBARAZO A NIVEL INTERNACIONAL

La gestación en el adolescente es uno de los problemas de salud publica mas importantes en los últimos años a nivel internacional, debido a su prevalencia suele aumentar en los sectores mas carenciados o pobres de la población, sus defectos adversos sobre la salud de la madre y del niño, su contribución a la persistencia de la pobreza y porque se puede prevenir

(Ramírez M, 2020) Indica que en la dimensión individual los factores que constituyen un mayor riesgo son, entre, otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de la invulnerabilidad, baja autoestima, baja aspiración educacionales, impulsividad, mala relación con los padres y carencia de compromiso religioso.

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo, estilos violentos de resolución de conflictos, permisibilidad, madre poco accesible, madre poco accesible, padre ausente y carencia afectivas y baja escolaridad de los padres y en em ámbito social se ha identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz entre ellos la erotización de los medios de comunicación, hacinamiento, estrés, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad

(Ramírez M,2020) Encontraron que los factores familiares; antecedentes de embarazo y edad de la pareja, así como los factores reproductivos; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente en las adolescentes. Indudablemente la continuidad del embarazo en la adolescencia es multifactorial y complejo.

Estos embarazos no son solo expresiones de la vida sexual, sino que medios que puedan utilizar la adolescente para lograr una forma de autonomía y realización. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces mas alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.

Según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que esta a cargo de un estudio de investigación del departamento de reducción de los riesgos del embarazo de la OMS, los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud.

Según los estudios que realizo Rosen, se estima que que 16 millones de niñas de edades comprendías entre los 15 y 19 años dan a luz cada año y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos.

II.I.VIII ANTECEDENTES DEL EMBARAZO EN MÉXICO

En la época post colonial en México la atención del embarazo tuvo su propia regulación uno de los primeros aspectos fue el establecimiento de protomedicato en 1628 quienes tenían las atribuciones de: examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía... y disponía cartillas para los sangradores y parteras´´ (Alfaro, 2020)

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 escenario, México tiene el primer lugar a nivel mundial entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Lacunza, 2020)

En México el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de derechos humanos, relacionados principalmente con el proyecto de vida, la educación, la salud, la libertad y al desarrollo de las personas. (ANÁLISIS DE CAUSALIDADES DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS, 2021)

(Forbes, 2021) En México uno de cada cinco nacimientos es de madres adolescentes y más de una tercera parte no fueron planeados. En el año 2005, casi medio millones de mexicanas menores de 20 años dieron a luz y más de 180,000 madres o embarazadas adolescentes abandonaron la escolaridad básica.

(El embarazo en edades tempranas en México. Políticas .., 2010) Desde esta postura se argumenta que el embarazo en adolescentes es en efecto un

problema con repercusiones sociales de gran importancia para el país, pero que no representa un fenómeno nuevo, ni tiene las mismas implicaciones para las mujeres y hombres adolescentes.

Sostienen que la frecuencia del embarazo en la adolescencia se ha mantenido sin variaciones significativas, sobre todo entre los sectores sociales más pobres, y que la relevancia que ha adquirido el tema durante las últimas décadas, en el campo de la investigación, obedece al incremento de la población adolescente y a una mayor visibilidad de sus problemas y necesidades.

II.I.IX. ADOLESCENCIA

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social adopta la definición de adolescencia de la OMS que delimita este período de la vida de las personas entre 10 y 19 años, 11 meses y 29 días de edad y que se caracteriza por la paulatina madurez de los caracteres sexuales secundarios, desarrollo de una identidad adulta y, la progresiva independencia socioeconómica de los padres

El período definido como “juventud” situado entre 15 e 24 años se superpone al de la adolescencia. La palabra adolescente proviene del latín “adolecere” que significa crecer o madurar, y se define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo vital, el grado de desarrollo del potencial humano y, en consecuencia, el capital social al que un país apuesta

La adolescencia es un período de alta vulnerabilidad, tanto física, psicológica como social, e influyen factores y conductas que pueden tener consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura (Arbo, 2021)

Clasificación de la adolescencia

- Adolescencia temprana (11-13 años) la característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner es de gran utilidad.

Para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por los cambios

- Adolescencia media (14-17 años) el crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. Las relaciones con el otro sexo son más plurales, pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro.

Aunque las fantasías románticas están en pleno auge. Preocupamientos con la buena apariencia sexual; cambiando de parejas frecuentemente; la orientación sexual más claramente definida, con conflictos internos frecuentemente hacia aquellos que no son heterosexuales; ternura y miedos mostrados hacia el sexo opuesto; sentimientos de amor y pasión

- Adolescencia tardía (17-21 años) El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento está plenamente establecido, aunque no todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Preocupación con relaciones serias; identidad sexual clara; capacidad para el amor tierno y sensual.

II.I.X. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil.

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

La adolescente que se embaraza estando soltera se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con la depresión durante esta etapa. Entre estos factores se encuentran: el desarrollo propio de la adolescencia, que por ser un periodo lleno de cambios anatomo fisiológicos y adaptativos modifican sustancialmente la calidad y expectativas de vida

Además, el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios

Entre más joven es la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será el número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas suelen ser más drásticas. (Ana María Mora-Cancino, 2022)

Un embarazo en adolescente genera cambios en la joven, en el joven y en quienes los rodean; puede presentarse desde un drama familiar por la adaptación a la nueva situación, hasta la transformación en forma sustancial de todo el panorama. Esto, al igual que otras circunstancias lo pueden convertir en un hecho dinámico y muy complejo.

A partir de la década de los 70 se han aplicado diversas estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes a pesar de ello, éste se ha incremento junto con los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, entre otras consecuencias (Morales, 2022)

II.I.XI FACTORES DE RIESGO ADAPTATIVOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Se vincula a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado, se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la producción o el logro de un resultado. Y por el otro lado cada uno de los elementos que forma un producto. Un factor se refiere a las circunstancias o elementos materiales e inmateriales que pueden influir positiva o negativamente determinada situación

El 92% de adolescentes refieren que las relaciones con la familia son buenas lo que viene a beneficiar a la adolescente ya que el tener buenas relaciones es efectivo e influye orientación hacia conductas sexuales seguras que eviten adquisición de enfermedades de trasmisión sexual y embarazos no deseados. Un número minoritario del 8% indica que son regulares ello no beneficia al adolescente, ya que es un factor de riesgo en la toma de decisiones (MARROQUIN, 2021)

- Factores de riesgo individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsivas, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar

- Factores de riesgo familiar: disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, perdida de figura significativas y baja escolaridad de los padres

- Factores de riesgo social: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural. Ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes

II.I.XII. REPERCUSIONES PARA LA MADRE ADOLESCENTE

Las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos: (Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias, s.f.)

•Cuadros de mal nutrición, como carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebe

•Un mayor número de abortos espontáneos: Los médicos han detectado casos en que problemas genéticos son los causantes de que el embrión no pueda seguir desarrollándose dentro de la madre adolescente, un trauma físico o emocional, puede ser otra de las probables causas de aborto espontáneo en adolescentes. (Aborto espontáneo en la adolescencia: causas, síntomas ..., s.f.)

•Partos prematuros, hay un gran número de bebes de adolescentes que nacen antes de la semana 37 de gestación

•Sus bebes tienen un bajo peso ya que la inmadurez de su cuerpo hace que su útero no se desarrolle completamente

•Las mamás adolescentes tienen niños con más problemas de salud y trastornos de desarrollo

•En los casos de embarazos de niñas menores de 15 años, él bebe tiene más posibilidades de nacer con malformaciones se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.

Otras repercusiones que tendría la madre adolescente son:

•Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal

•Menor duración y más inestables en pareja adolescente

•Discriminación por su grupo de pertenencia

•Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

II.I.XIII- REPERCUSIONES PARA EL BEBE

Entre los problemas biológicos más comunes encontramos las deformaciones congénitas y los problemas en el desarrollo, dado que el cuerpo de la madre no

pudo proveer al pequeño de todo lo necesario para su correcta formación. Las dificultades en el parto, por otro lado, pueden ocasionar, también retrasos mentales u otras complicaciones de este tipo,

Por último, cabe destacar que estos son los problemas que sufren los bebés que sobreviven, y es que, una gran parte de los bebés nacidos de embarazos precoces, mueren durante el parto o antes de alcanzar el año de edad. (Repercusiones del embarazo - Embarazo adolescente, 2021)

(Campos, 2018) Las complicaciones de salud en el recién nacido de una madre adolescente dejan secuelas que se manifiestan en etapas posteriores del desarrollo. Tienen una inmunidad más baja y, como consecuencia, se enferman más. Las consecuencias cerebrales y sus consiguientes alteraciones funcionales cognitivas afectan el desarrollo del pequeño.

Los bebés de madres adolescentes, tienen tendencia a recibir una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos directos. Esto promueve la incidencia de enfermedades y problemas funcionales, así como bajo rendimiento académico. Entre los problemas que puede afectar al bebe se encuentran: (Embarazo en la adolescencia, 2020)

- Mayor riesgo de muerte intrauterina
- Bajo peso al nacer
- CIR (crecimiento intrauterino retardado)
- Prematuridad (con todas las complicaciones asociadas)
- Riesgos de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Más incidencia de enfermedades cardiológicas y problemas funcionales

- Bajo rendimiento académico
- Ser madre/padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores.

II.I.XIV EPIDEMIOLOGIA EN EMBARAZOS ADOLESCENTES

Los problemas del embarazo precoz se relacionan estrechamente con la evolución psicosomática, tanto como los aspectos sociales más amplios. El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública especialmente en países donde aún son altas las tasas de fecundidad.

La "tasa de fecundidad adolescente" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%.

Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, esta podría descender

En los últimos años, la preocupación de diversos sectores sociales por el fenómeno del embarazo adolescente ha aumentado significativamente. Este fenómeno se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes.

En Latinoamérica, México ocupa el primer lugar en embarazos no planeados y en el mundo el segundo, después de EU; al año nacen 390 mil bebés de mujeres entre 10 y 19 años y ya hay datos de niñas de 9 años gestando.

En México se registran al año un total de 2 millones 234 mil 039 nacimientos y de estos alrededor de 390 mil los tuvieron mujeres de 10 a 19 años, aunque ya se notificaron datos de niñas de 9 años. El embarazo entre los 10 a 14 años frecuentemente es consecuencia de violaciones de parte de parientes o gente cercana y no se denuncian.

Se trata del nacimiento de un promedio de 28 bebés al día. La vida sexual inicia desde los 12 años, es decir, el 23 por ciento de la población, De estos, 15 por ciento de los hombres y 33 por ciento de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. (Henry, 2021)

Claudia Díaz Olavarrieta, investigadora de la Facultad de Medicina de la UNAM, afirmó que los últimos 15 años en México, la fecundidad y la proporción de nacimientos entre adolescentes se han mantenido en niveles altos y prácticamente sin cambios.

Los embarazos conocidos como muy tempranos, es decir, en el grupo de edad de 10 a 14 años también van en aumento, con casi 27% de todos los nacimientos.

II.III MARCO CONCEPTUAL

II.III.I Pubescencia: Es el periodo que acontece de un año aproximadamente a la pubertad. Se caracteriza por una aceleración en el ritmo de crecimiento físico

y por el término de latencia de crecimiento, secuencial a este proceso se producen cambios faciales y corporales, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

II.III.II Pubertad: Momento en la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual caracterizada por una serie de cambios biológicos y fisiológicos. En las mujeres con la aparición del primer ciclo menstrual o menarquía y en los varones por diversos signos, el principal la presencia de espermatozoides en la orina. Generalmente se establece como edad de la pubertad, los 12 años para las mujeres y los 14 años para los varones. Considerando las amplias diferencias individuales como la raza, clima, condiciones socio-económicas y la alimentación.

II.III.III Adolescentes: Es el periodo de vida del ser humano, que se inicia con las primeras transformaciones de cambios en la pubertad que empieza de los 12 a 14 años y concluye el desarrollo adulto entre los 18 a 20 años.

III.III.IV Embarazo: Estado de la mujer en gestación, y transcurre entre la fecundación del ovulo con el espermatozoide y el parto, dura aproximadamente 280 días.

II.II.V Riesgo: Posibilidad de sufrir un daño.

II.III.VI Educación: Crianza, educación y/o doctrina que experimenta los niños y jóvenes durante sus primeros periodos de la vida.

II.III.VII Maternidad: Estado de ser madre. Lugar donde asistir a las parturienta y al recién nacido.

II.III.VIII Mujer: Persona del sexo femenino, que ha alcanzado la pubertad.

II.III.IX Salud: Estado del ser que se encuentra libre de toda enfermedad (física, psíquica y social), y puede ejercer sus funciones.

II.III.X Varones: Criatura racional del sexo masculino, hombre en edad viril.

II.III.XI Puerperio: Periodo que experimenta la mujer embarazo después del parto.

II.III.XII Parto: Es la acción de parir, comprende 3 fases: dilatación, expulsión y alumbramiento.

II.III.XIII Hijos: Persona respecto de su padre o de su madre.

II.III.XIV Familia: Grupo de personas relacionadas por vínculos de parentesco o afinidad

II. IV MARCO LEGAL

NOM-OO7-SSA2-2016

5. Disposiciones generales

5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.2 La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo. Ver Apéndices C y D Normativos, de esta Norma.

5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

5.1.4 El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

5.1.5 La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

5.1.6 En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

5.1.7 En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutiva, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

5.1.9 Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

5.1.10 Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades

para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

5.2 Atención del embarazo.

5.2.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma), debiendo tener los siguientes apartados:

5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;

5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;

5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

5.2.1.3.1 Wall y Niégale: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;

5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y

5.2.1.3.3 En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

5.2.1.5 Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E ^{2} igual o mayor que 30Kg/E ^{2} antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al

nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embriofita, independientemente del periodo gestacional (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.7 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración (Véase Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

5.2.1.9 Cuando se atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.8, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

5.2.1.11 Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

5.2.1.14.1 Biometría hemática completa;

5.2.1.14.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);

5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g);

5.2.1.14.4 Creatinina;

5.2.1.14.5 Ácido úrico;

5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano**.**

5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;

5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de

la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, y

5.2.1.14.9 Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1 ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2 ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3 ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4 ª consulta: 22 semanas;

5 ª consulta: 28 semanas;

6 ª consulta: 32 semanas;

7 ª consulta: 36 semanas; y

8 ª consulta: entre 38 - 41semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están

gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de

gestación.

5.2.1.17 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

5.2.1.18 En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.3 Consultas subsecuentes.

5.3.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

5.3.1.1 Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

5.3.1.2 Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

5.3.1.3 Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa,

hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre. Consultar la Guía de Práctica Cínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas, en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GER_Emergencias_obstxtricas.pdf

5.3.1.4 Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardiaca fetal, ultrasonido.

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anormalidad en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

5.3.1.6 A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

5.3.1.7 Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2o. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija/o.

5.3.1.8 Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

5.3.1.9 Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.3.1.10 Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

5.3.1.11 Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, del Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutiva adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

5.3.1.13.2 Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13.3 En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad

.

5.3.1.14 Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes ginecoobstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardiaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.

5.3.1.15 Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

5.3.1.16 El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna, Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf

5.3.1.17 Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

5.4 Prevención del peso bajo al nacimiento.

5.4.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice E Normativo, de esta Norma.

5.4.2 La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación.

5.4.3 Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.

5.4.4 Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino (Apéndice A Normativo, de esta Norma), y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.

5.4.5 En todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la mamá. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutiva, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, liquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.6 La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.8 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a

160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutócicas o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoinmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

5.5.19 En todas las puérperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

5.5.20 Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

5.5.20.1 Tipo y atención del parto

;

5.5.20.2 Fecha y hora de nacimiento;

5.5.20.3 Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y

5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;

5.5.20.5 En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

5.5.20.6 Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y

5.5.20.7 Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

5.6 Atención del puerperio.

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulación, alimentación normal e hidratación;

5.6.1.5 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y síntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;

5.6.1.6 El egreso de la paciente podrá efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

5.6.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D". La atención preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

5.6.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.

5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.

5.6.2 Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:

5.6.2.1 Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

5.6.2.2 Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.6.2.3 Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

5.7 Atención a la persona recién nacida.

5.7.1 La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

5.7.2 Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimación neonatal; de ser necesaria.

5.7.2.2 Manejo del cordón umbilical.

5.7.2.3 Valoración deApgar, conforme al Apéndice F Normativo, de esta Norma.

5.7.2.4 Valoración de Silverman Anderson. Apéndice G Normativo, de esta Norma.

5.7.2.5 Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM

5.7.2.6 Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local

5.7.2.7 Exámenes físico y antropométrico completos

5.7.2.8 Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice H Normativo, de esta Norma

5.7.2.9 Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma

5.7.2.10 Alojamiento conjunto

5.7.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana

5.7.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.7.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

5.7.4 Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

5.7.4.1 Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.

5.7.4.2 Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.

5.7.4.3 Cabeza y Cara: tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.7.4.4 Ojos: presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

5.7.4.5 Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada

.

5.7.4.6 Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.7.4.7 Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.

5.7.4.8 Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.7.4.9 Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.

5.7.4.10 Cardiovascular: frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.

5.7.4.11 Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).

5.7.4.12 Genitales: anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.

5.7.4.13 Ano: permeabilidad y localización.

5.7.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.7.4.15 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.7.4.16 Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabelar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.7.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deben utilizarse las tablas de la OMS vigentes.

5.7.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se debe aplicar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.19, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.7.7 Se recomienda investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoinmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas.

5.7.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

5.7.9 Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según los requerimientos, conforme a la Guía de Práctica Clínica Nutrición Parenteral en Pediatría, que se encuentra en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GPC_NUTRICION_PARENTERAL_PED/Ssa_121_08_grr.pdf.

5.7.10 En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.7.11 Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o postérmino.

5.7.12 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.7.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida.

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

5.8.6 Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.

5.9 Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.

5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.9.2 Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma. Se

recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.9.3 Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre.

5.9.4 La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos.

5.10 Prevención del retraso mental y otros daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales.

5.10.1 En caso de existir la mínima sospecha de enfermedad metábolica congénita, el personal de salud, debe promover la atención del recién nacido pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.10.2 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.11 Promoción de la salud materna y perinatal.

5.11.1 En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

5.11.1.1 Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y

aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

5.11.1.2 Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.

5.11.1.3 Proporcionar información completa acerca de:

5.11.1.3.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

5.11.1.3.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

5.11.1.3.4 Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.

5.11.1.3.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

5.11.1.3.6 Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

5.11.1.3.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

5.11.1.3.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

5.11.1.3.9 Los esquemas de vacunación.

5.11.1.3.10 La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

5.11.1.3.11 La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

5.11.1.3.12 La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

5.11.1.3.13 Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

5.11.1.3.14 La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11.1.3.15 En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

5.12 Registro e información.

5.12.1 Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.

5.12.2 Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado.

5.12.3 Los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

5.12.4 Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional será certificada mediante los formatos vigentes de los certificados de defunción y muerte fetal, de conformidad con la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de ambos certificados.

6. Vigilancia epidemiológica

6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.

6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna.

6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.

6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna.

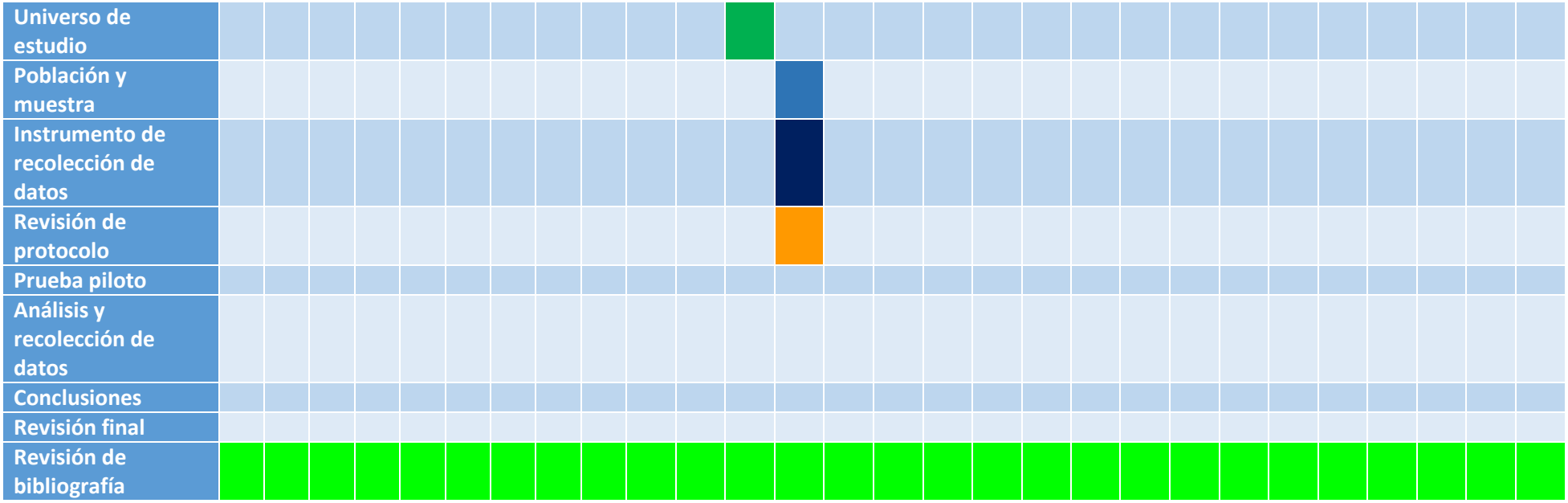
6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

III MARCO METODOLOGICO

III.I CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Elección del tema																												
Planteamiento del problema																												
Revisión de protocolo																												
Pregunta de investigación																												
Justificación																												
Objetivos																												
Revisión de protocolo																												
Marco teórico																												
Marco referencial																												
Marco conceptual																												
Marco legal																												
Revisión de protocolo																												
Marco metodológico																												
Cronograma de actividades																												
Operacronalización de variables																												
Tipo y diseño de investigación																												


Universo de estudio
Población y muestra
Instrumento de recolección de datos
Revisión de protocolo
Prueba piloto
Análisis y recolección de datos
Conclusiones
Revisión final
Revisión de bibliografía

III.II OPERACRONALIZACION DE VARIABLES

Nombre	Definiciones	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	ítems
Embarazos	Periodo que trascurre entre la concepción (fecundación de un ovulo por un espermatozoide) y el parto; durante este periodo el ovulo fecundado se desarrolla en el útero	10- 19 años	Independiente	Nominal	Sí No
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su Nacimiento	10-19 años	Independiente	Ordinal	10-15 16-19

Genero	Genero apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	10-19 años	Independiente	Nominal	Mujer Hombre
Mala alimentación	Carencias o desequilibrio en la ingesta de energía o nutrientes de una persona	10-19 años	Independiente	Nominal	Sí No

Abortos espontáneos	Pérdida del embarazo antes de la vigésima SMG que puede causar dolor físico y emocional	10-19 años	Independiente	Ordinal	No Si
Partos prematuros	Nacimiento que se produce antes de la semana 37 del embarazo	10-19 años	Independiente	Ordinal	No Si
Malformaciones	Anomalía que se presenta por una mutación genética o combinación de ambos Factores	10- 19 años	Independiente	Ordinal	Si No

Bajo peso	Índice de IMC inferiores a 18.5	10-19 años	Independiente	Ordinal	Si No
Crecimiento deficiente del bebé	Crecimiento deficiente de un bebe mientras esta en el útero de su madre durante el embarazo	10-19 años	Independiente	Ordinal	No Si
Muerte intrauterina	Muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento	10-19 años	Independiente	Ordinal	Si No

III.III TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación presenta un enfoque cuantitativo, ya que se toman en cuenta datos como la epidemiología y diversos estudios que se mencionan en el contenido del marco teórico. Por lo que se mencionan datos numéricos que hacen que la investigación sea de tipo cuantitativa.

Por otra parte es de alcance descriptivo, ya que se desea describir algunos de los posibles factores que son de suma importancia y que se considera que impulsa a las mujeres adolescentes a que se embaracen en una edad temprana.

También es de tipo transversal ya que describe los factores y se analiza la interrelación en un momento dado de cómo estos afectan a las mujeres adolescentes.

III.IV UNIVERSO DE ESTUDIO

Dicho proceso de investigación se llevará a cabo en el Hospital Materno Infantil de Chiapas, con la finalidad de recaudar todos los datos necesarios que nos demuestren información verídica y de calidad para el desarrollo de este trabajo.

III.V. POBLACIÓN Y MUESTRA

III.V.I CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres adolescentes de entre 10 a 19 años
- Mujeres adolescentes embarazadas de entre 10 a 19 años
- Mujeres adolescentes embarazadas de entre 10 a 19 años que ingresen al hospital
- Mujeres adolescentes embarazadas que puedan participar
- Materno infantil de Comitán que quieran participar

III.V.II CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no sean adolescentes o sean mayores de 19 años de edad

- Mujeres que no estén embarazadas
- Mujeres que no deseen participar
- Mujeres que no ingresen al hospital materno infantil
- Mujeres que no puedan o no estén en condiciones de participar
-

III.VI- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

INSTRUCCIONES: RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO A LO ENCUESTADO.

NOTA: LA SIGUIENTE INVESTIGACIÓN SE REALIZA DE MANERA ANONIMA, PUDIENDO INTERRUMPIR LA ENCUESTA EN CUALQUIER MOMENTO

EDAD: _____ **GENERO:** _____

1. ¿Has tenido embarazos adolescentes?

A) Si B) No

2. ¿A qué edad quedó embarazada?

3. ¿Cree usted que tuvo buena alimentación durante su embarazo?

- A) Si B) No

4. ¿Ha presentado algún aborto?

A) Si B) No

5. ¿Tuvo a su bebé antes de las 37 semanas de gestación?

A) Si B) No

6. ¿Su bebé presento alguna anomalía congénita al nacer?

A) Si B) No C) Cual:

7. ¿Considera que su bebé obtuvo el peso adecuado al nacer?

   A) Si B) No C) Cual:

8. ¿Tuvo crecimiento intrauterino retardado?

   A) Si B) No

9. ¿Al momento de la expulsión el recién nacido, presentó señales de vida?

   A) Si B) No

10. ¿Qué genero ha predominado en sus embarazos?

    A) Masculino B) Femenino

BIBLIOGRAFIA:

1.-Ana María Mora-Cancino, M. H.-V. (2015). *Artículo de revisión, Ginecol Obstet Mex*. Obtenido de Artículo de revisión, Ginecol Obstet Mex: http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp- content/uploads/2017/03/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA.pdf

2.-Arbo, P. D. (octubre de 2012). *adolescencia manual clinico* . Obtenido de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=p ublicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253

3.-J.J. Casas Rivero, M. C. (s.f.). *Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicosy sociales*. Obtenido de Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicosy sociales.

4.-MARROQUIN, C. L. (junio de 2015). *FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES*. Obtenido de FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

https://core.ac.uk/download/pdf/84773522.pdf

5.-Morales, M. S. (2012). *EMBARAZO ADOLESCENTE*. Obtenido de EMBARAZO ADOLESCENTE:

6.-Aborto espontáneo en la adolescencia: causas, síntomas ... (s.f.). Obtenido de Aborto espontáneo en la adolescencia: causas, síntomas ...: https://www.padresyhogar.com/aborto-espontaneo-en-la- adolescencia-causas-sintomas-y-consecuencias/

7.-Alfaro, N. A. (Abril de 2010). *Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo.* Obtenido de Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo: https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf

8.-Ana María Mora-Cancino, M. H.-V. (2015). *Artículo de revisión, Ginecol Obstet Mex*. Obtenido de Artículo de revisión, Ginecol Obstet Mex: http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2017/03/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA.pdf

9.-ANÁLISIS DE CAUSALIDADES DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS . (10 de Septiembre de 2018). Obtenido de ANÁLISIS DE CAUSALIDADES DEL

EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS :

10.https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460203/Analisis_de_Causalidades_final_04_ 04_2019.pdf

11.-Arbo, P. D. (octubre de 2012). adolescencia manual clinico . Obtenido de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

12.https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=p ublicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253

13.-Campos, J. (9 de Marzo de 2018). Hijos de madres adolescentes son niños en riesgo. Obtenido de Hijos de madres adolescentes son niños en riesgo: https://listindiario.com/la- vida/2018/03/09/505692/hijos-de-madres-adolescentes-son-ninos-en-riesgo

14.-Clinicas de aborto en Mexico DF. (s.f.). Gestación en la adolescencia - Embarazo adolescente. Obtenido de Gestación en la adolescencia - Embarazo adolescente: https://www.clinicasabortos.mx/embarazo-en-la-adolescencia#:~:text=El%20embarazo%20en%20la%20adolescencia%20es%20aquel%20que,mayor%C3%ADa%20de%20estos%20embarazos%20son%20embarazos%20no%20deseados.

15.-Comision Nacional De Arbitraje Médico. (Julio-Agosto de 2019). Boletin Conamed . Obtenido de Boletin Conamed: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-7.pdf

16.-El embarazo en edades tempranas en México. Políticas .. (2010). Obtenido de El embarazo en edades tempranas en México. Políticas ..: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_2 8.pdf

17.-Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias. (s.f.). Obtenido de Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias: https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/#:~:text=En%20general,%20los%20estudios%20hablan%20de%20una%20serie,a%20aislarse%20del%20grupo.%20-%20Rechazo%20al%20beb%C3%A9

18.-Embarazo en la adolescencia. (22 de Octubre de 2019). Obtenido de Embarazo en la adolescencia: https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/posibles-complicaciones-3431

19.-Folgado, A. C. (2 de Junio de 2018). Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias. Obtenido de Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias: https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20%28OMS%29%20recomienda,programas%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20embarazos%20en%2 0la%20adolescencia.

20.-Forbes . (31 de Agosto de 2017). 1 de cada 5 embarazos en México es de una madre adolescente.

21.-Obtenido de 1 de cada 5 embarazos en México es de una madre adolescente: https://www.forbes.com.mx/1-de-cada-5-embarazos-en-mexico-es-de-una-madre-adolescente/

22.-Henry, F. G. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la ... Obtenido de Características epidemiológicas del embarazo en la ...: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003

23.-J.J. Casas Rivero, M. C. (s.f.). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicosy sociales. Obtenido de Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, sicológicosy sociales.

24.-Lacunza, M. O. (12 de Junio de 2018). México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente a nivel mundial. Obtenido de México ocupa el primer lugar en embarazo adolescente a nivel mundial: https://unamglobal.unam.mx/mexico-ocupa-el-primer-lugar-en-embarazo-adolescente-a-nivel- mundial/

25.-Laura A, L. G. (Enero-Diciembre de 2011). ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE ENFERMERÍA BINOMIO MADRE-HIJO: REPORTE DE CASO EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL. Obtenido de ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE ENFERMERÍA BINOMIO MADRE-HIJO: REPORTE DE CASO EN LA UNIDAD

26.-MATERNO INFANTIL: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178015

27.-MARROQUIN, C. L. (junio de 2015). FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Obtenido de FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:https://core.ac.uk/download/pdf/84773522.pdf

28.-Morales, M. S. (2012). EMBARAZO ADOLESCENTE. Obtenido de EMBARAZOADOLESCENTE:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf

29.-Organización Mundial de la Salud . (s.f.). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Obtenido de Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo: https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/

30.-Ramirez M, R. H. (2013). PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES. Obtenido de PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES : https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=586061884008

31.-Repercusiones del embarazo - Embarazo adolescente. (2012). Obtenido de Repercusiones del embarazo - Embarazo adolescente: https://sites.google.com/site/pregnancyadolescentes/reper/para-el-beberesumenea. (28 de Diciembre de 2017). Causas y Consecuencias del Embarazo a Temprana Edad.

32.- Obtenido de Causas y Consecuencias del Embarazo a Temprana Edad: https://resumenea.com/causas-consecuencias-embarazo-temprana-edad/WebConsultas Revista de salud y bienestar . (22 de Octubre de 2019). Posibles complicaciones en un embarazo adolescente - Embarazo. Obtenido de Posibles complicaciones en un embarazo adolescente - Embarazo:https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/posibles-complicaciones-3431