

Incidencia de embarazo, aspectos físicos y psicológicos de la maternidad en la adolescencia
en la clínica de parto humanizado y hospital materno infantil en Comitán de Domínguez
Chiapas en el periodo Enero-Julio 2025

Presenta:

Odette Sayuri Ruiz Dávila

Christian Iván Salomón Rojas

Asesor:

E.E.C.C Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Tesis colectiva

Incidencia de embarazo, aspectos físicos y psicológicos de la maternidad en la adolescencia
en la clínica de parto humanizado y hospital materno infantil en Comitán de Domínguez
Chiapas en el periodo Enero-Julio 2025

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

Embarazo y Maternidad En la Adolescencia

El embarazo en la adolescencia es un problema a nivel mundial en la que la población afectada son niñas de entre 15 a 19 años de edad, considerándose una de las principales causas de mortalidad en niñas y adolescentes. En América Latina y el Caribe se estima que cada año alrededor de un millón y medio de adolescentes de entre 15 a 19 años a dado a luz.

México ocupa el primer lugar de embarazo adolescente siendo 1 de cada 5 nacimientos provenientes de mujeres menores de 20 años lo que para el país implica un costo de casi 63,000 millones de pesos anuales. De acuerdo con los datos de la SINAC en Chiapas en el año 2014 nacieron 374,000 bebés provenientes de madres de entre 10 y 19 años de los cuales 6,000 fueron de niñas menores de 14 años convirtiendo al estado de Chiapas en el tercer lugar en la República Mexicana con más embarazos adolescentes registrados.

En el 2022 en Comitán de Domínguez, Chiapas se registraron 481 nacimientos adolescentes de los cuales el 87.5% eran niñas en unión libre, el 32.6% tenía primaria completa y el 34.7% contaban con la secundaria completa. El 94.4% de los nacimientos son de mujeres que no proviene de ninguna comunidad indígena.

Por lo que podemos observar según las estadísticas el problema no viene inicialmente de las comunidades indígenas como se cree, sino de la población sin acceso a la educación secundaria o media superior. Según registros de GEPEA (Grupo estatal de la prevención de embarazo en adolescentes) las principales causas de embarazo en la adolescencia están relacionados a la falta de educación sexual, violencia, pobreza y explotación sexual.

Adjunto a la problemática la secretaria de salud nos informa sobre una serie de complicaciones para la vida de la madre y de bebé aumentando siete veces el riesgo de alteraciones graves como gastrosquisis que consiste en un defecto congénito que se produce cuando el bebé nace con un orificio en la pared abdominal provocando que los intestinos salgan al exterior, en casos más graves estómago e hígado. Su diagnóstico puede ocurrir en el tercer mes del embarazo mediante una ecografía.

Instituto Mexicano de Seguro Social. 2017. Guía de práctica clínica Prevención y tratamiento de la preeclampsia “La preeclampsia es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. También es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.” La guía nos comparte que la preeclampsia representa el 18% de muertes maternas del mundo teniendo cifras de 62 a 77 mil muertes anuales. Entre los criterios clínicos más comunes encontramos edad gestacional mayor a 20 semanas, presión arterial arriba de 140/90 y proteínas en la orina.

El parto prematuro aumenta en adolescentes aumentan en un 30% a 40% ya que a los 10 y 19 años de edad aún existe inmadurez de los órganos genitales, esto sucede antes de la semana 37 de gestación, convirtiéndose en la principal causa de muerte neonatal. El parto pretérmino también puede estar vinculado a abortos previos, no recibir atención prenatal adecuada o antes del 3 trimestre de embarazo, edad de la madre menor a 17 años, trastornos en el líquido amniótico, ruptura prematura de membranas.

Las Infecciones vaginales son las razones más frecuentes de consultas prenatales, convirtiéndolas en parte de los responsables de muerte materna y perinatal siendo las principales víctimas las personas con escasos recursos. Las infecciones vaginales se derivan del cambio funcional y hormonal de la mujer, siendo la vaginosis bacteriana una de las más comunes, esta consiste en cambios en la flora vaginal y trae consigo riesgos como el aborto espontáneo tardío, ruptura de membranas, parto pretérmino y endometritis posparto.

Las infecciones urinarias se generan gracias a la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas siendo una de las principales complicaciones durante el embarazo, por tanto, si no es tratada de manera oportuna puede incrementar el riesgo de muerte materna-fetal. Entre los factores de riesgo más significativos se encuentra un nivel socio económico bajo, actividad sexual regular, diabetes pregestacional, anemia o un control prenatal inadecuado. Entre las complicaciones más graves encontramos el parto pretérmino, bajo peso en el recién nacido y síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Un recién nacido con bajo peso al nacer es aquel que presenta bajo peso y longitud al nacer de acuerdo con su edad gestacional, esto va relacionado con el estado nutricional y de salud de la madre. Esto causa que haya un mayor riesgo de muerte perinatal en comparación de los niños con peso saludable, esto debido a que se puede presentar hipoxia y anomalías congénitas. Un niño con un peso bajo por más de dos años de vida tiende a tener un bajo peso en la vida adulta. Él bebe presenta mayor posibilidad de presentar enfermedades cardiovasculares o diabetes.

Federico Solidoro.2015. Relación Entre Anemia En Gestantes Adolescentes “La anemia en las gestantes adolescentes se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal. Esta enfermedad causa debilidad, cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones” La anemia y en el peor de los casos muerte materna o fetal.” La baja concentración de hierro en la sangre es uno de los problemas más comunes en el mundo, en ella la cantidad de hierro es insuficiente para cubrir las necesidades fisiológicas del ser humano. Si esta presente durante los dos primeros trimestres de la gestación se asocia a un incremento en el riesgo de parto prematuro o bajo peso del bebe al nacer.

Además de problemas relacionados a la salud, un embarazo adolescente trae consigo problemas sociales y económicas que pueden perpetuar ciclos de pobreza y desigualdad. Afecta las oportunidades de seguir con estudios, ingresos presentes y futuros, el acceso a actividades recreativas, sociales y laborales que pueden influir negativamente en la calidad de vida de la madre y el recién nacido.

La adolescencia es el estado de transición entre la niñez y el ser adulto, en ella el cuerpo humano pasa por diversos procesos morfológicos y psicológicos por ello una adolescente no está preparada para el proceso de un embarazo, trayendo consigo una serie de complicaciones para la madre y el bebé. En base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la Incidencia de embarazo, aspectos físicos y psicológicos de la maternidad en la adolescencia en la clínica de parto humanizado y hospital materno infantil en Comitán de Domínguez Chiapas en el periodo Enero-Julio 2025?**

¿Cuál es la Incidencia de embarazo, aspectos físicos y psicológicos de la maternidad en la adolescencia en la clínica de parto humanizado y hospital materno infantil en Comitán de Domínguez Chiapas en el periodo Enero-Julio 2025?

Se decide estudiar el presente tema debido a que México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos adolescentes de entre 10 a 19 años de edad, siendo esta una de las principales causas de muerte materna, fetal y neonatal. Este fenómeno puede estar relacionado con el nivel educativo, usos y costumbres en localidades arraigadas a la cabecera municipal. En la actualidad el primer acto sexual se hace cada vez más presente en población de menor rango de edad. Al inicio de la pubertad es normal que el adolescente tienda a querer conocer más su cuerpo, se empieza a generar el deseo sexual en el cual se inicia con la exploración física.

Los adolescentes con menor nivel académico suelen ser la población más propensa a tener un embarazo no deseado, esto debido a la falta de información, el querer pertenecer a cierto grupo social. El tema causa preocupación ya que la adolescencia es la etapa de madurez en la que el cuerpo humano no está preparado física y psicológicamente para sobrellevar todo lo que implica un embarazo y el traer una vida al mundo.

Las madres adolescentes y sus bebés, además de ser propensos a mayores riesgos y complicaciones durante el embarazo parto y puerperio, tienden a ser rechazados por la sociedad, lo que puede generar trastornos psicológicos en ambos. La madre puede generar rechazo al bebé lo cual puede detonar violencia infantil haciendo que la calidad y estilo de vida del bebé sean deficientes.

Toda persona es libre de disfrutar su vida sexual y reproductiva de manera libre y segura, es por ello que se busca hacer conciencia sobre la sexualidad y todo lo que conlleva un embarazo desde la fecundación hasta el puerperio. Tomar medidas preventivas y educativas en la que todos los niños y jóvenes tengan acceso garantizando así la calidad de vida de ambas poblaciones.

Objetivos

Objetivo general

-Incidencia de embarazos en adolescentes, afecciones físicas y psicologías en la madre y el neonato

Objetivos específicos:

-Conocer la incidencia de embarazos adolescentes en el hospital materno infantil y clínica de parto humanizado

-Identificar a la población más vulnerable a un embarazo a temprana edad

-Identificar las principales complicaciones físicas y psicologías en la madre, feto y neonato

Introducción

I.I El embarazo y la adolescencia

Secretaría de salud. 2001. Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano “El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del niño” “El embarazo de alto riesgo es aquel en el cual se tiene certeza o probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido”. La guía nos da una serie de signos y síntomas que en conjunto nos pueden ayudar a detectar un embarazo, entre estos síntomas se encuentran: náuseas, vómitos, mareos, irritabilidad, alteraciones de gusto y olfato, aumento de mamas, pigmentación del pezón, salda de calostro, pigmentación cutánea del abdomen. Para denotar con seguridad la existencia del embarazo se pueden realizar estudios de gabinete como lo son la prueba inmunológica de embarazo y Papanicolaou.

La adolescencia es definida por la OMS como el periodo de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Es una etapa importante y necesaria ya que en ella el ser humano empieza a hacerse cargo de su vida, su cerebro y cuerpo cambia por completo, esta es una etapa de cambios acelerados, descubrimiento de sí mismos y del entorno. En esta etapa se aprende a tomar decisiones, aprender de los errores, hacerse cargo de sus actos, responder con libertad, funcionar con responsabilidad y crecer en autonomía.

Cada día millones de adolescentes toman diversas decisiones que afectan su vida a corto, mediano o largo plazo. Un embarazo en la adolescencia cambia sus vidas por completo, trayendo consigo riesgos físicos, psicológicos y sociales. En México 8 de cada 100 mujeres adolescentes tienen hijos aumentando año con año, la principal causa es la falta de uso de anticonceptivos, convirtiendo el embarazo adolescente en un problema de salud pública que afecta de forma negativa en la salud, la educación, el nivel socioeconómico y desarrollo de las jóvenes mujeres y de sus hijos.

Instituto nacional de salud pública. 2015. Embarazo adolescente “El embarazo y la maternidad adolescentes implican riesgos importantes para la madre y su descendencia. La inmadurez biológica y psicológica incrementa la posibilidad de sufrir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio” los autores nos presentan como un embarazo a temprana edad se concentra en condiciones inadecuadas de salud, educación y alta vulnerabilidad, sienten de gran riesgo factores como pobreza, malnutrición y desigualdad de género.

La importancia de esto radica en la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos que esto implica, pues, entre menor sea la edad de la madre mayores son los riesgos los cuales incrementan aún mas según las condiciones sociales y económicas las cuales causan que el cuidado de la salud sea inferior a lo recomendado. Los adolescentes con menor nivel de escolaridad son mas propensos a iniciar su vida sexual a edades tempranas, como consecuencia de esto el uso de anticonceptivos es menor.

I.II Educación Sexual

En las últimas décadas la sexualidad a sido un tema tabú, ocasionando que la educación sexual en el entorno familiar sea nula para no dar información acerca del tema Ana M, Marcelino H. 2015. Embarazo en la adolescencia “Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros, constituyeron la principal preocupación de la educación sexual, y fueron la base para proporcionar información respecto de la sexualidad y el valor que ésta tiene ante la sociedad” la adolescencia es la etapa fundamental en la que el crecimiento físico es rápido e intenso, obteniendo cambios profundos en el cuerpo, lo cual, da la capacidad de la reproducción sexual, sin embargo esto no significa que la adolescente esté preparada para dicha acción.

Las consecuencias a largo plazo se resumen en dos grandes grupos que perjudican la salud y el crecimiento del niño, así como el desarrollo personal y la vida futura del adolescente, siendo este tema la principal prioridad de la OMS. La etapa de transición de un niño a un adulto puede dividirse en dos grandes grupos: la pubertad y la adolescencia. En la pubertad se hace referencia a los cambios físico-sexual y físico-químico, mientras que en la adolescencia se centra en los cambios de personalidad. En esta etapa los adolescentes adquieren sus primeras experiencias y empiezan a aprender se sus errores.

I.III Problemáticas en el embarazo adolescente

La morbilidad en la gestación adolescente se clasifica en dos etapas: en el primer trimestre de la gestación las principales manifestaciones negativas a la salud se destaca la anemia, bajo peso en él bebe, aborto e infecciones urinarias. En el segundo trimestre de gestación se hacen presentes los cuadros hipertensivos, las hemorragias relacionadas a enfermedades placentarias, malnutrición materna, signos de parto pretérmino, ruptura temprana de membranas, desproporción céfalo-pélvica manifestado por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

Entre los principales problemas que se presentan en los hijos de madres adolescentes son: el bajo peso al nacer, estala de APGAR baja, traumatismo relacionado al nacimiento, problemas neurológicos y mayor riesgo de muerte en el primer año de vida, siendo el principal tema de preocupación debido a que el desarrollo del niño depende de otra persona que no ha completado el suyo por completo. El embarazo a temprana edad conlleva diversos problemas de carácter biológico, psicológicos y sociales para la madre y su hijo.

La actitud de una adolescente embarazada generalmente está relacionado a conductas antisociales como consumo excesivo de drogas y alcohol, otros autores difieren que surge a raíz del sentimiento de rechazo, abandono y soledad. Estudios realizados demuestran que las madres adolescentes tienen escasos conocimientos sobre el desarrollo del niño además de tener expectativas menos realistas, esto es más común en madres que reciben rechazo familiar.

I.IV. Depresión en la adolescencia

Las adolescentes embarazadas suelen pasar por muchos factores estresantes, esto debido a que el embarazo a pesar de ser un proceso natural en la mujer, puede alterar el equilibrio emocional. La adolescente presenta rechazo por parte de la sociedad y círculo social ocasionando inestabilidad emocional y sentimientos de culpa y frustración, la principal causa hace referencia al apoyo que reciba de la familia y pareja.

La autoestima es este sentimiento de aceptación y amor hacia uno mismo, en la adolescencia el concepto que el adolescente tiene de uno mismo es aprendido por el entorno mediante la opinión de los demás, esto impulsa a actuar, seguir adelante y motivar a lograr objetivos deseados, por tanto, la autoestima influye en la toma de decisiones demostrando que una autoestima baja es un factor para un embarazo a temprana edad.

Para la sociedad la adolescente embarazada es asociada con una gran desventaja académica, así como empleos menos remunerados, entre mas joven sea la madre mayor es la posibilidad de mas hijos posteriores, lo cual implica un gran impacto negativo en los aspectos socioeconómicos. Una adolescente embarazada generalmente fue criada en un ambiente familiar poco favorable como puede ser ausencia de una figura paterna, perdida de personas cercanas, etc.

II.V Complicaciones Físicas En La Madre Adolescente

Las complicaciones físicas en la madre adolescente se hacen presentes debido a que el cuerpo no ha culminado por completo su desarrollo, por tanto, no está preparado para traer a un bebé al mundo. La anemia es una de las complicaciones más frecuentes apareciendo antes del embarazo por el ciclo menstrual y mala dieta, la hemoglobina es de suma importancia para la oxigenación del feto y para el momento del parto, por ello es común que a las mujeres que buscan un embarazo se les indique pastillas prenatales seis meses antes con el fin de corregir trastornos anémicos.

Las enfermedades gestacionales son más comunes en mujeres que son madres a edades muy tempranas presentando un alto riesgo para la vida de la madre y el feto, esto está directamente relacionado con alteraciones neurológicas, crecimiento intrauterino retardado, sangrados gestacionales, complicaciones en el puerperio y en el peor de los casos muerte materna-fetal. Otra complicación es el embarazo ectópico el cual trae consigo un alto riesgo en la vida reproductiva de la adolescente debido a la intervención quirúrgica para la extirpación de órganos. Los sangramientos vaginales es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo a temprana edad se hace presente como amenaza o proceso de aborto, rechazo autoinmune. Durante el parto los problemas más frecuentes están relacionados con el desarrollo incompleto de la pelvis materna lo cual impide el paso del feto por el canal de parto.

I.VI Complicaciones En El Feto y Neonato

Los niños nacidos de madres adolescente son más propensos a tener riesgos que pongan en riesgo su vida ya sea a corto o a largo plazo, factores como falta de educación, pobreza y enfermedades físicas y mentales. Las madres adolescentes rara vez tienen atención médica durante el embarazo ya sea por desconocimiento de ello o falta de recursos, lo que puede causar daño al feto en desarrollo.

Una de las principales complicaciones en el feto de una madre adolescente es el bajo peso al nacer, esto es indispensable para determinar las posibilidades de sobrevivencia y sano crecimiento del recién nacido, causando que la mortalidad de bebés con bajo peso al nacimiento sea mayor. El parto pretérmino es aquel que se presenta entre las 22 y 36.6 semanas de gestación, un bebé prematuro no ha desarrollado su sistema respiratorio en su totalidad provocando enfermedades como asfixia, distrés respiratorio, infecciones respiratorias, muerte fetal.

I.VII Trastornos Psicológicos En La Madre Adolescente

Enterarse de un embarazo a temprana edad puede venir acompañado de muchas reacciones emocionales como: no querer tener al bebe, querer tenerlo por idealizaciones poco realistas, ver el embarazo como un logro sin tener en cuenta la responsabilidad que conlleva, quedarse con él bebe por presión familiar, algunas desean tener al bebe con la esperanza de tener a quien amar, depresión, abrumación, culpabilidad, ansiedad y miedo al futuro.

La adolescente ve sus aspiraciones a futuro como nivel personal, social, educacional, laboral y económico truncados, además de ver su bienestar y el de su hijo/a poco favorables. La salud mental se ve afectada ya que la mayoría de los embarazos son inesperados provocando estrés y obligando a la adolescente a madurar y adquirir responsabilidades adultas de forma temprana, pasa por un proceso de sufrimiento en el que se siente abrumada, fracasada, no amada y con sensación de pérdida de control de las emociones, pues, recordemos en el embarazo existen muchos factores hormonales que pueden alterar la salud emocional de la madre. La adolescencia es una etapa vulnerable en la que se busca identidad propia, por lo que al existir un embarazo crea una crisis de identidad y personalidad. Las madres adolescentes toman actividades adultas y propias de su edad haciéndolas más vulnerables a problemas psicológicos sienten los principales el trastorno de ansiedad, estado de ánimo y depresión.

El control psicológico asociado a la dependencia es el que se encarga del equilibrio entre los límites físicos, psíquicos y emocionales, por otra parte, el control psicológico orientado a la autocrítica se relaciona al condicionamiento de afecto de los familiares y entorno según el cumplimiento de expectativas y logros de los objetivos de los hijos. Cuando ambos están alterados generan consecuencias graves en el adolescente de manera emocional, psicológica y cognitiva lo que ocasionara un problema en su formación de carácter.

I.VIII Consecuencias de la maternidad adolescente en desarrollo del niño/a

Los niños provenientes de madres adolescentes tienen más riesgo de sufrir abandono y abuso por parte de la madre, esto por no saber cómo cuidar de ellos lo que genera un sentimiento de frustración. Los niños son más propensos a presentar alteraciones o retrasos en ciertas áreas de desarrollo generando un déficit de desarrollo psicomotor y cognitivo, mayor problema en el aprendizaje, bajo rendimiento académico, etc.

En el aspecto social estos niños suelen tener baja autoestima, bajo auto concepto académico y mayores problemas conductuales, de autocontrol e interacción social.

II.I Marco referencial

Instituto nacional de salud publica. 2024. Embarazos en adolescentes y los riesgos para la salud: una preocupación en la agenda de salud pública “En la salud pública, los embarazos en adolescentes se asocian con mayores riesgos de complicaciones durante el parto y con la mortalidad materna; por ende, lo anterior pone en riesgo la salud de las madres y sus hijos e hijas. Además, a nivel social se documenta que tener un hijo o una hija en estas edades limita las oportunidades para el desarrollo personal e incrementa el abandono escolar, pues es poco probable que la adolescente embarazada o a cargo de un hijo o una hija continúe con sus estudios” En el año 2023 se registro que 60 mil adolescentes de entre 15 a 19 años de edad tuvieron un embarazo a temprana edad, dando a conocer que al menos la mitad de las mujeres mexicanas inician su vida sexual antes de los 17 años de las cuales un porcentaje del 50% no usaron ninguna clase de método anticonceptivo. La nota nos comparte que esto ultimo es debido a que estas mujeres no tenían planeado el inicio de una vida sexual. El inicio de la vida sexual en mujeres esta mayormente relacionado con uniones conyugales forzadas, lo que delimita abusos y violencia, teniendo esta perspectiva las mujeres inician su vida sexual con personas mucho mayores que ellas.

Hevia B. Leisy. P. 2020. Embarazo y adolescencia “El embarazo en la adolescencia es un importante problema de salud reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la comunidad internacional, ejemplificado por las alarmantes estadísticas publicadas mundialmente1 donde se expresa:

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66,5 nacimientos por cada 1000 niñas de entre 15 y 19 años. Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Si bien desde hace 3 décadas se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, aproximadamente 11 % de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años.

La gran mayoría de esos nacimientos (95 %) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. El número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo.

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17,5 % son individuos entre 10 y 19 años de edad; de ellos, 10 % se embarazan, lo que equivale al 10 % de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 16 millones de

mujeres de entre 10 a 19 años tienen un nacimiento.” La revista nos expresa el tema con preocupación ya que este fenómeno es un impedimento para la mejora de las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer

II.II.I Embarazo

Proceso en el que la mujer gesta a su futuro hijo durante un lapso aproximado de 40 semanas en el útero hasta el nacimiento, lo cual hace que sufra cambios y síntomas en su cuerpo.

II.II. II. Maternidad

Experiencia de ser madre y dar a luz, así como el estado o cualidad de madre. También se refiere a la función reproductiva de la mujer, que incluye el embarazo y el parto.

II.II.III Adolescencia

Etapas de transición entre la niñez y la adultez, que abarca desde los 10 hasta los 19 años de edad. En esta etapa se producen cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

II.II.IV Gastrosquisis

Defecto congénito que se produce cuando hay una abertura en la pared abdominal del bebé, cerca del ombligo. Esto provoca que los intestinos del bebé salgan fuera de su cuerpo.

II.II.V Muerte neonatal

Defunción de un recién nacido en los primeros 28 días de vida. Se puede subdividir en temprana, cuando ocurre en los primeros 7 días, y tardía, cuando ocurre entre los 7 y los 28 días.

II.II.VI Parto

Proceso de dar a luz a un bebé, que incluye el trabajo de parto y el nacimiento. Es el final del embarazo y se produce cuando la mujer expulsa al feto y la placenta. puede ser vaginal o eutócico o por cesárea.

II.II.VII Infección vaginal

Puede ser una inflamación de la vagina y la vulva, también conocida como vaginitis. Puede ser causada por bacterias, virus, parásitos o hongos.

II.II.VIII Muerte materna

La muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a su terminación. El que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control de natalidad como de atención a la salud.

II.II. IX Muerte perinatal

Pérdida de un feto o recién nacido que ocurre durante el embarazo, el parto o en las primeras semanas de vida.

II.II.X Infección urinaria

Es una infección en el tracto urinario, que es el sistema que elimina los desechos y el exceso de agua del cuerpo. Es la segunda infección más común en el cuerpo.

II.II.XI Microorganismos

Organismo que solo puede verse bajo un microscopio. Los microorganismos incluyen las bacterias, los protozoos, las algas y los hongos.

II.II.XII Patógeno

Agente biológico que causa enfermedades en los seres humanos, animales y plantas. Los patógenos pueden ser microorganismos como virus, bacterias, hongos, parásitos, algas, priones y viroides.

II.II.XIII Diabetes gestacional

Tipo de diabetes que se desarrolla durante el embarazo. Se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre.

II.II.XIV Preeclampsia

Complicación del embarazo que se caracteriza por presión arterial alta y niveles altos de proteína en la orina. También puede causar daño hepático o renal.

II.II.XV Anemia

Enfermedad que se produce cuando la sangre no tiene suficientes glóbulos rojos o hemoglobina. Esto hace que el cuerpo no obtenga suficiente oxígeno, lo que puede causar cansancio, debilidad, mareos, dolores de cabeza, o latidos cardíacos irregulares.

II.II.XVI Trastornos psicológicos

También llamados trastornos mentales o enfermedades mentales, son afecciones que afectan el pensamiento, las emociones, el estado de ánimo y la conducta.

II.II.XVII OMS

Organismo de las Naciones Unidas que se encarga de la salud y la seguridad a nivel mundial. Fue fundada en 1948 y sus oficinas centrales están en Ginebra, Suiza.

II.II.XVIII Morbilidad

Proporción de personas que enferman en un lugar y tiempo determinados. También se refiere a la presencia de enfermedades, lesiones, discapacidades o síntomas en una población.

II.II.XIV Enfermedad placentaria

Afección que ocurre cuando la placenta no funciona correctamente, lo que provoca que el feto no reciba los nutrientes y oxígeno suficientes. Esto puede causar complicaciones graves como parto prematuro, muerte fetal, preeclampsia, y restricción del crecimiento fetal.

II.II.XX Malnutrición

Condición que se produce cuando la alimentación de una persona es desequilibrada, ya sea por exceso o por defecto de nutrientes. Refiere carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona.

II.II.XXI Depresión

Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por la tristeza y el desánimo. Se asocia, además, con alteraciones físicas y cognitivas, ya que afecta al desarrollo funcional del paciente, así como a las relaciones sociales o al lenguaje.

III.I NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida

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.

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.

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 resolutive, 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 Wahl y Naegele: 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/E² igual o mayor que 30Kg/E² 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 embrio-fetal, 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 Acido 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 Clínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas.

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 anomalía 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 resolutive 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.

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 resolutive, 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, líquido 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.

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 cardiocografía 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 cardíaca 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

eutocias 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 isoimmunizada, 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 mediano 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 cardíaca 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 de Apgar, 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, y

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, glabellar, 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 isoimmunización, 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.

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.

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 metabólica 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.

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.

11. Apéndices normativos

APENDICE A NORMATIVO

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

La altura del fondo uterino, según la edad gestacional, se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino. De acuerdo con los hallazgos encontrados, se clasificará de la siguiente manera:

Normal.- Cuando está entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura del fondo uterino, según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva. amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes. En estos casos citar cada 8 días y consultar en forma inmediata con el especialista.

APENDICE B NORMATIVO

PARTOGRAMA

FECHA												
HORA												

F.C.F.	160											
(X)	140											
	100											
	80											

D	10											
I	9											
L	8											
A	7											
T	6											
A	5											
C	4											
I	3											
O	2											
N	1											
	0											

IV												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

III													
II													
I													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1

NOMBRE													
EDAD													
ANTECEDENTES													
GINECOOBSTETRICOS													
MEDICO													
OBSERVACIONES													

APENDICE C NORMATIVO

EVALUACION DEL ESTADO DE NUTRICION

1.- Medición del Índice de Masa de Peso Corporal (IMC Pregestacional).

El IMC es el cociente del peso corporal en kg dividido entre el cuadrado de la estatura medida en m.

Si lo que interesa es el IMC pregestacional, se necesita conocer, con seguridad, el peso pregestacional y la talla.

El IMC se interpreta como sigue:

menos de 18.5 kg/m ²	bajo peso
18.5 a 24.9	peso ideal
25 a 29.9	sobrepeso
30 a 34.9	obesidad leve
35 a 39.9	obesidad media
Más de 40	obesidad mórbida

El IMC no está validado en púberes ni en mujeres con estatura menor de 1.50m y no debe usarse en estos casos.

Un IMC bajo (<18.5) sugiere desnutrición, un IMC alto (25 a <30) revela sobrepeso y un IMC muy alto (30 o más) indica obesidad. Estos valores son indicativos y ameritan estudios más detallados.

La ganancia deseable de peso, durante el embarazo, es:	
Mujeres con IMC bajo	12.5 a 18.0 kg
Mujeres con IMC normal	11.35 a 15.89 kg
Mujeres con IMC alto	6.81 a 11.35 kg
Mujeres con IMC muy alto	4.00 a 9.0 kg

NOTA:

- En adolescentes, se recomienda el límite superior de la ganancia deseable.
- En mujeres pequeñas (<1.50m) se recomienda el límite inferior de la ganancia deseable.

APENDICE D NORMATIVO

CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS SEGUN RIESGO FETAL

A	No existe riesgo sobre el feto. Aprobado su uso en el embarazo.
B	No existe evidencia de riesgo en fetos humanos. Existe posible evidencia de toxicidad en animales.
C	El riesgo sobre el feto, en humanos, es desconocido. Existe evidencia definitiva de toxicidad fetal en animales.
D	Existe evidencia de daño sobre el feto. Puede utilizarse, en caso de que se justifique su beneficio y no exista otra alternativa.
X	Está contraindicado su uso durante el embarazo.

* Obstet & Gynecol 2009; 3: 425-432

ANTIBIOTICOS

Penicilinas	B
Cefalosporinas	B

ANTIFIMICOS

Etambutol	B
Rifampicina	C

Monobactámicos	B
Carbapenemos	C
Tetraciclinas	D
Aminoglucósidos	
Gentamicina	C
Amikacina	C
Kanamicina	D
Estreptomina	D
Tobramicina	C
Macrólidos	
Eritromicina	B
Claritromicina	C
Azitromicina	B
Vancomicina	C
Clindamicina	B
Quinolonas	C
Metronidazol	B
Trimetoprim-Sulfametoxazol	C
Sulfonamidas	B
Nitrofurantoína	B
Zidovudina	D

**MEDICAMENTOS
TERATOGENICOS**

Isoniazida	C
------------	---

ANTIPARASITARIOS

Mebendazol	C
Metronidazol	B
Quinina	X
Cloroquina	C
Primetamina	B
Prazicuantel	C

ANTICONVULSIVANTES

Difenilhidantoina	D
Fenobarbital	D
Acido Valproico	D
Carbamazepina	C
Etosuximida	C
Primidona	D
Trimetadiona	D
Clonazepam	C
Lamotrigina	C
Gabapentin	C

INHIBIDORES DE
LA
ECA

C Y D

OVULOS
VAGINALES

Metotrexate X
Andrógenos X
Cumarina X
Retinoides X

Clotrimazol	B
Miconazol	B
Butoconazol	C
Nistatina	B

Agente Teratógeno	Efectos
Tabaco	Peso bajo al nacimiento, parto pretérmino, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y aborto.
Alcohol	Restricción en el crecimiento intrauterino, disfunción en el sistema nervioso central, microcefalia, malformaciones en cara y otros órganos.
Cocaína	Atresia de intestino, malformaciones en corazón, riñón y cara, microcefalia, restricción en el crecimiento intrauterino, lesiones cerebrales, muerte fetal, enterocolitis necrotizante.
Cumarina (warfarina)	Síndrome warfarínico cuando se administra en la semana 6 a 10 de la gestación: Hipoplasia nasal, microftalmia, hipoplasia de extremidades, restricción en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardiovascular y del sistema nervioso central.
Yodo radioactivo	Alteraciones en la glándula tiroides del feto.
Talidomida	Focomelia, malformaciones en corazón y gastrointestinales.
Retinoides y derivados	Aborto, defectos en el sistema nervioso central, agenesia del timo, malformaciones en corazón, dismorfismo craneofacial, microftalmia.

APENDICE E NORMATIVO

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS PESO AL NACER EN
RELACION CON LA EDAD
GESTACIONAL GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

De conformidad con la institución, se puede utilizar cualquiera de las 2 opciones, para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso de la persona recién nacida y las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla, se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Toda persona recién nacida antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Todas las persona recién nacidas entre las semanas 37 a menos de 42 semanas completas de gestación.

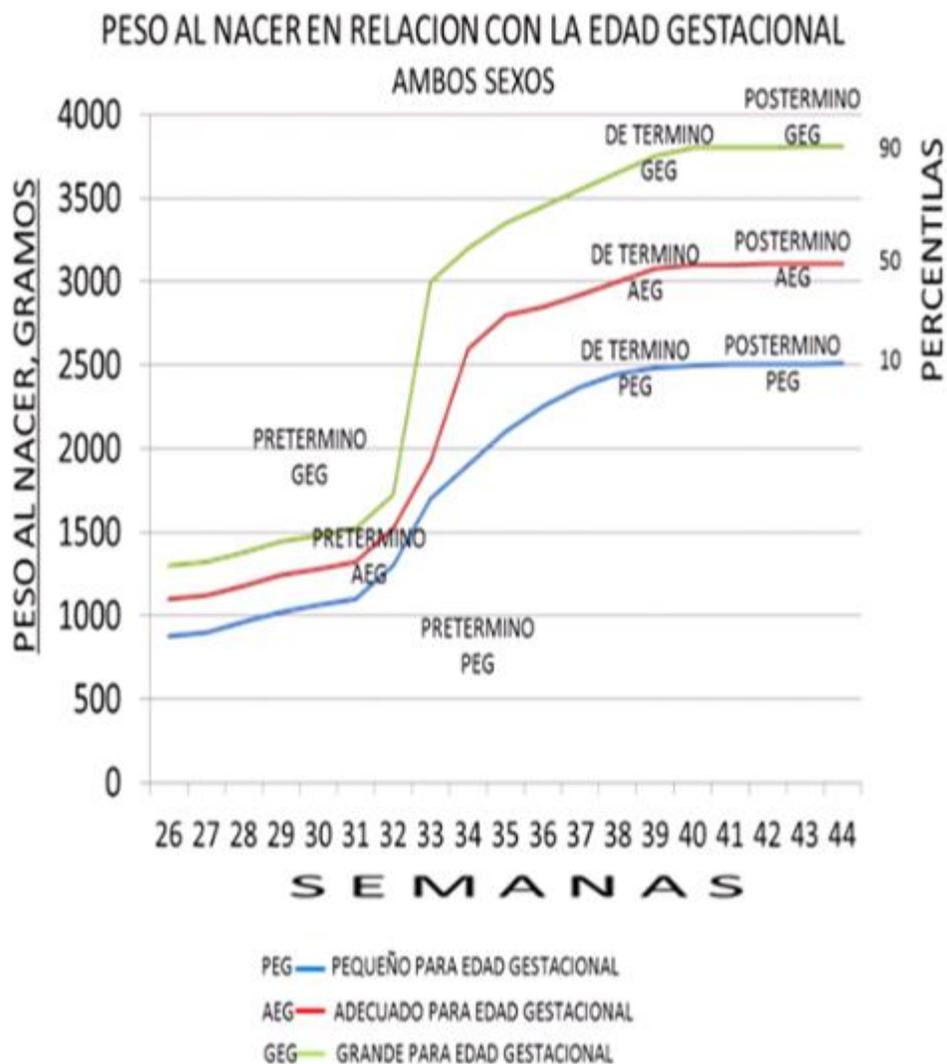
RESPECTO DE SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo del percentil 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre los percentiles 10 y 90 correspondiente a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba del percentil 90 correspondiente a su edad gestacional.

APENDICE NORMATIVO E



APENDICE F NORMATIVO

VALORACION DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

METODO DE APGAR

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

De acuerdo con el método de Apgar, se valorará a la persona recién nacida al minuto y los 5 minutos. La valoración a los 5 minutos dará la calificación del estado de salud de la persona recién nacida. De acuerdo con los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos

- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos

A la persona recién nacida con calificación de 7 o más, se le considera normal. Se debe continuar su atención.

A la persona recién nacida con calificación de 6 o menos, amerita atención especial.

METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SON ROSADO

APENDICE G NORMATIVO

VALORACION SILVERMAN ANDERSON

Se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.

Signo	0	1	2
-------	---	---	---

Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

APENDICE H NORMATIVO

EDAD GESTACIONAL

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR

LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón. 2) Textura de la piel. 3) Forma de la oreja. 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares; y 2 signos neurológicos: I) signo "de la bufanda" y II) signo "cabeza en gota".

Cuando el niño/a está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se utilizarán sólo 4 datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño/a tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológicas se utilizan los 5 datos somáticos de la columna A, agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos, se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino: recién nacida/o que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria o pasar a terapia intensiva, de acuerdo con su condición.

- A término: recién nacida/o que sume de 260 a 294 días de gestación; pasará, si las condiciones lo permiten, con su madre en alojamiento conjunto y se iniciará la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino: recién nacida/o que tenga 295 días o más de gestación, debe observarse durante las primeras 12 horas, ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, pasará con su madre, en alojamiento conjunto, e iniciará la lactancia materna.

APENDICE H NORMATIVO

SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO K= 200 días	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola 0	Pezón bien definido areola 0.75 cm 5	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm 10	Areola sobresaliente, 0.75 cm 15	
		B	Textura de la piel	Muy fina gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial 18
	Forma de la oreja		Plana y sin forma 0	Inicio engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incurvada totalmente 24	
	Tamaño del tejido mamario		No palpable 0	Diámetro 0.5 cm 5	Diámetro 0.5-1.0 cm 10	Diámetro >1.0 cm 15	
	Pliegues plantares		Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20
	Signo 'de la bufanda'		 0	 6	 12	 18	
	Signo 'cabeza en gota'	 0	 4	 8	 12		

APENDICE I NORMATIVO

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

METODO DE BALLARD MODIFICADO PARA VALORACION

FISICO-NEUROLOGICA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Método de Ballard modificado:

El Método de Ballard modificado utiliza 7 signos físicos (piel, lanugo, superficie plantar, mama, ojo/oreja, genitales masculinos, genitales femeninos) y 6 signos neuromusculares (postura, ventana cuadrada en la muñeca, rebote de brazos, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón oreja). El valor debe compararse con una escala de madurez que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

Pretérmino: De 28 a menos de 37 semanas o de 10 a 30 puntos; se debe transferir para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva de acuerdo con su condición.

Término: De 37 a menos de 42 semanas o de 35 a 40 puntos.

Postérmino: De 42 semanas o más, también de 45 a 50 puntos; debe observarse presencia de hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia.

APENDICE I NORMATIVO

	0	1	2	3	4	5																							
Madurez neuromuscular	Postura																												
	Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°																							
	Ángulo del codo	180°		100° 180°	90° 100°	<30°																							
	Ángulo popliteo	180°	160°	130°	110°	90°	90° o menos																						
	Signo de la bufanda																												
	Talón oreja																												
Madurez física		0	1	2	3	4	5																						
	Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Ligeramente rosada venas visibles	Descamación superficial pocas venas	Descamación áreas pálidas, venas raras	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa, rugosa																						
	Lanugo escaso	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso																							
	Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transverso único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta	Escala de madurez <table border="1"> <thead> <tr> <th>CALIFICACIÓN</th> <th>SEMANAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>26</td></tr> <tr><td>10</td><td>28</td></tr> <tr><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>20</td><td>32</td></tr> <tr><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td>30</td><td>36</td></tr> <tr><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>45</td><td>42</td></tr> <tr><td>50</td><td>44</td></tr> </tbody> </table>	CALIFICACIÓN	SEMANAS	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
	CALIFICACIÓN	SEMANAS																											
	5	26																											
	10	28																											
15	30																												
20	32																												
25	34																												
30	36																												
35	38																												
40	40																												
45	42																												
50	44																												
Mamas	Ligeramente perceptibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm de pezón	Areola completa 5-10 mm																								
Oído	Aplanado permanente doblado	Borde ligeramente curvo, suave, Recup. Lenta	Borde curvo suave de fácil recuperación	Formado Firme recuperación instantánea	Cartilago grueso, firme																								
Genitales masculinos	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo Rugosidades completas																								
Genitales femeninos	Clitoris y labios menores prominentes		Labios menores y mayores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos																								

APENDICE J NORMATIVO

Antecedentes												
U. Médica		Edad		FUM		Confiable		SI		NO		
PPP		Grupo y Rh: Madre		Padre		Gestas		Partos		Cesáreas		
Abortos		Ectópicos		Izq		Der		Talla		Peso antes del embarazo		
Peso ideal		Hijos vivos										
No.	Fecha nacimiento	Sem. gest. al naci.	Peso	Vivo/Obito/M.perinatal	Madre				Hijo			
Vigilancia del embarazo						Tratamientos						
Primer trimestre						Segundo trimestre						
Citas fecha	Sem. gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	Signos y síntomas	Diagnóstico	Medicamentos	Dosis				
					Dolor obst. Vómito Urinaria Vaginal Edema							
Tercer trimestre						Segundo trimestre						
Citas fecha	Sem. gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	Signos y síntomas	Diagnóstico	Medicamentos	Dosis				
					Dolor obst. Mov fetal Urinaria Vaginal Edema							
Exámenes												
VDRL		Tamiz de glucosa		Cervicovag								
Fecha	Ht	Hb	Urea	Creatinina	Orina	Glu	Otros					
Ultrasonografía												
Embarazo: Único		Multiple		1° trim.		Fecha		Reporte				
Fecha	DBP	LE	C.C.	C.A.	Local placentaria	Liq. amniótico	Observaciones					
Identificación de factores de riesgo												
Fecha	Curso normal	Alto riesgo (anotar los factores de riesgo)							Manejo			

APENDICE K NORMATIVO

VALORES NORMALES DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POSCARGA DE 75 GR, DURANTE EL EMBARAZO

ayuno	92 mg/dl	5.1 mmol/L*
1 hora	180 mg/dl	10.0 mmol/L
2 horas	153 mg/dl	8.5 mmol/L
3 horas	140 mg/dl	7.8 mmol/L

Debe ser realizada entre las 24-28 semanas de gestación.

- 1) Se requiere 1 valor alterado para hacer el diagnóstico.
- 2) Desaparecen los criterios de intolerancia a los carbohidratos.
- 3) Se debe realizar el tamizaje al terminar el puerperio con CTG de 75 gramos (mismos valores).

Así como los criterios de 92mg/dl en ayuno (5.1 mmol/L) y 126mg/dl postprandial de 1 hora (7.0 mmol/L) hacen el diagnóstico sin requerir realizar CTG.

Capítulo III Marco metodológico

III.I Tipo y diseño de investigación

III.I.I Tipo Mixta:

La siguiente investigación es de carácter mixto ya que se busca encontrar el número de pacientes adolescentes embarazadas, las dificultades y factores de riesgos que puede presentar la madre joven de 10 a 19 años de edad y el recién nacido durante el embarazo, parto y puerperio durante su estancia en la unidad de salud.

III.I.II Diseño no experimental correlacional

No se manipularán variables debido a que la investigación se llevara a cabo con recolección de datos, sin intervenir en el estado de salud de la paciente

III.I.III Alcance trasversal

Por que solo se interactuara una vez con la población a estudiar para la respectiva recolección de datos

III.II Operacionalización de variables

Nombre	Concepto	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Items
Parto	proceso fisiológico de expulsión del feto y la placenta desde el útero materno a través del canal del parto	10-19 años	independiente	Ordinal	Natural Cesárea
Edad	Se refiere al periodo de	10-19 años	Independiente	Ordinal	10-12 años

	tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta un momento específico				13-15 años 16-18 años 19 años
Semanas de gestación	período de tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último período menstrual de la mujer hasta el momento actual del embarazo	10-19 años	Independiente	Ordinal	Menor a 27 SDG 28-36 SDG 37-42 SDG
Nivel de estudios	máximo nivel que ha alcanzado en el sistema educativo, generalmente respaldado por una certificación o diploma.	10-19 años	Independiente	Ordinal	Básica Media Superior Superior Ninguno
Ubicación geográfica	posición de un objeto o lugar en la superficie terrestre, utilizando coordenadas como latitud y longitud para determinar su posición exacta	10-19 años	Independiente	Ordinal	Zona Rural Zona Urbana
Primigesta	mujer que está embarazada por primera vez en su vida	10-19 años	Independiente	Ordinal	Si No
Violencia	uso intencional de la fuerza física o el poder,	10-19 años	Independiente	Ordinal	Física Psicológica

	amenazante o real, contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o comunidad, que ocasione o tenga una alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, alteración o privación				Sexual Ninguna
Educación sexual	proceso educativo que proporciona a niños, niñas y adolescentes conocimientos, habilidades, actitudes y valores relacionados con la sexualidad, la salud reproductiva, las relaciones y los derechos humanos, con el objetivo de promover el bienestar, el respeto, la autonomía y la igualdad	10-19 años	Independiente	Ordinaria	Si No
Complicaciones durante el embarazo	problemas de salud que ocurren durante la gestación y	10- 19 años	Independiente	Ordinaria	Hipertensión Diabetes gestacional

	pueden afectar a la madre, al bebé, o a ambos				<p>Preeclampsia</p> <p>Infecciones</p> <p>Problemas en la posición fetal</p> <p>Desproporción cefalo-pelvica</p> <p>Trabajo de parto prologado</p> <p>Hemorragias</p> <p>Ninguna</p>
Complicaciones en el recién nacido	Problemas de salud que afectan a los recién nacidos y requieren atención medica	0-28 días de nacido	Independiente	Ordinaria	<p>Bajo peso en el RN</p> <p>APGAR bajo</p> <p>Problemas neurológicos</p> <p>Problemas respiratorios</p> <p>Malformaciones</p> <p>Muerte neonatal</p> <p>Ninguna</p>
Problemas psicológicos	Se refieren a dificultades o trastornos que afectan la salud mental y emocional de un individuo	Mujeres puérperas de 10-19 años	Independiente	Ordinaria	<p>Depresión posparto</p> <p>Estrés</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Ansiedad</p> <p>Rechazo</p>

					Estado de negación Ninguna
Discriminación	Se refiere al trato injusto o desigual hacia una persona o grupo debido a algún tipo de características	10-19 años	independiente	Ordinál	Si No

III.III Universo de estudio.

III.IV Población y muestra

III.IV,I Población

III.IV.II Muestra

III.V Criterios De Inclusión

III.VI Criterios De Exclusión

Bibliografía:

1. Trabajando para que las y los jóvenes ingresen a la edad adulta como ciudadanos empoderados. UNFAPA. <https://lac.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes#fc2>
2. UNFPA. (2025). Embarazo en adolescentes. [PDF]. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes-0>
3. Núñez, g. Jiménez, H (2018). Análisis espacial de la fecundidad adolescente en municipios de Chiapas. Scielo. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272018000100073
4. S, salud. (2024). Embarazo en adolescentes aumenta el riesgo de preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia de la madre: INPer. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/387-embarazo-en-adolescentes-aumenta-riesgo-de-preeclampsia-parto-prematuro-bajo-peso-al-nacer-y-anemia-de-la-madre-inper?idiom=es#:~:text=387,-.Embarazo%20en%20adolescentes%20aumenta%20riesgo%20de%20preeclampsia%20C%20parto%20prematuro%20C%20bajo,anemia%20de%20la%20madre:%20INPer>
5. MedlinePlus. (s.f.). Defecto del tubo neural [Artículo]. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000992.htm#:~:text=Es%20un%20defecto%20congenito%20en,orificio%20en%20la%20pared%20abdominal>
6. Martines, G. Diaz, J. Y Romero, A. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes [PDF]. <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/13.pdf>

7. Ministerio de salud publica. (2024). Diagnostico y tratamiento de la infección vaginal obstétrica. [PDF].
<https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20la%20infecci%C3%B3n%20vaginal%20obst%C3%A9trica.pdf>
8. L. Paísán Grisolíá, I. Sota Busselo, O. Muga Zurriarían y M. Imaz. (2008). El recién nacido de bajo peso [PDF].
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_1.pdf
9. Secretaria de salud (2001). Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. [PDF].<https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/embarazo.pdf>
10. UNICEF. (2025) ¿Qué es la adolescencia? [Página web].
<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
11. Instituto nacional de salud pública. (2015). Embarazo en la adolescencia. [PDF].
https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/YoDecidoMiFuturo/Embarazo_Adolescente.pdf
12. Ana M, Marcelino H. (2015). Embarazo en la adolescencia. [PDF].
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
13. Dariel F. Vivian N. Erika G. riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. 2021. [Página Web].
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025
14. American Academy of Child, Adolescent, Psychiatry. Cuando los adolescentes tienen hijos. 2004. [Página Web].
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Cuando-los-Adolescentes-Tienen-Hijo-31.aspx
15. Alamo, Nicolle; Krause, Mariane; Pérez, J. Carola; Aracena, Marcela. Impacto De La Salud Psicosocial De La madre Adolescente En La Relacion Con El Niño/a y Su Desarrollo. 2017. [PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281953368010.pdf>
16. Eduardo Manzanares Medina. Control psicológico parental y problemas internalizados y externalizados en adolescentes. 2017. [PDF].
<file:///C:/Users/Sayuri/Downloads/Dialnet-ControlPsicologicoParentalYProblemasInternalizados-6923199.pdf>
17. Dr. Eduardo C, Lazcano P. Embarazos en adolescentes y los riesgos para la salud: una preocupación en la agenda de salud pública. 2024. [Página Web].
<https://www.insp.mx/informacion-relevante/embarazos-en-adolescentes-y-los-riesgos-para-la-salud-una-preocupacion-en-la-agenda-de-salud-publica>
18. Hevia B. Leisy P. Embarazo y adolescencia.2020. [Articulo].
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002