

Tema de investigación: “principales complicaciones del embarazo en adolescentes de 10 a 19 años”

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciatura en enfermería

Nombre de las alumnas:

- Sofía Guadalupe Pérez Martínez
- Erika Del Roció Martínez Hernández

Asesor: E.E.C.C. Marcos Jhodany Arguello Gálvez

Tesis colaborativa

Portadilla

Autorización de impresión

“Principales complicaciones del embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad en el hospital materno infantil de Comitán de Domínguez Chiapas durante el periodo Enero-Abril 2025”

Agradecimientos

En primer lugar agradecemos a Dios por brindarnos la fuerza, salud y perseverancia para alcanzar la meta. Principalmente por guiarnos en este proceso de aprendizaje.

A nuestras familias por su amor incondicional su apoyo constante y por creer en nosotras incluso en los momentos más difíciles gracias por ser nuestro motor y nuestra inspiración.

A nuestro asesor de tesis Marco Jhodany Arguello Gálvez por su guía, paciencia y compromiso durante todo el proceso de investigación. Su experiencia y sus consejos fueron clave para el desarrollo de este trabajo.

A nuestros docentes por compartir su conocimientos y por motivarnos a seguir aprendiendo con pasión y responsabilidad.

Finalmente a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de esta tesis.

Dedicatorias

Con el corazón lleno de gratitud, dedicamos esta tesis a quienes caminaron con nosotros en este viaje de esfuerzo, aprendizaje y crecimiento.

A nuestras familias, que fueron nuestro refugio en los días de cansancio y duda. Su amor, paciencia y fe en nosotras nos dieron la fuerza para continuar cuando parecía difícil avanzar.

A nuestros amigos, por acompañarnos con sonrisas, consejos y compañía, incluso en la distancia. Ustedes fueron el respiro necesario en los momentos más desafiantes. A quienes ya no están, pero dejaron en nosotros una huella imborrable, su memoria fue faro y motivación constante.

Y a nosotras como equipo por haber creído en este proyecto y en el poder del trabajo en equipo. Porque aprendimos que las metas compartidas se alcanzan con respeto, confianza y compromiso. Esta tesis no solo es un logro académico; es una prueba de valor en la unión, la perseverancia y la esperanza.

Índice general

Portadilla	2
Pregunta de investigación.....	16
Justificación	17
Objetivos	19
General:.....	19
Específicos:	19
CAPITULO II.....	20
II. I Marco Teórico	20
II.I.II Fisiología del embarazo.....	21
II.I.II.I Cambios hormonales en el embarazo	21
II.I.II.II Cambios a nivel gastrointestinal.....	22
II.I.II.III Cambios en el sistema endocrino.....	23
II.I.II.IV Cambios a nivel respiratorio	23
II.I.II.V Cambios en el sistema urinario.....	24
II.I.II.VI Cambios músculo-esqueléticos.....	24
II.I.II.VII Cambios en la piel	24
II.I.II.VIII Cambios en el aparato reproductor	25
II.I.II.IX Cambios en las mamas.....	25
II.I.III Etapas del desarrollo embrionario	26
II.I.III.I Exámenes durante el desarrollo embrionario	28
II.I.III.I Frecuencia de las consultas médicas.....	29
II.I.III.II Exámenes médicos de seguimiento	29
II.I.IV Complicaciones en el embarazo adolescente.....	30
II.I.V Causas del embarazo adolescente.....	31
II.I.VI Factores de riesgo.....	31
II.I.VII Impacto en la sociedad.....	32
II.I.VIII Impacto mental.....	33
II.I.IX Planificación familiar.....	34
II.I.IX.I Anticoncepción natural.....	34
II.I.IX.II Métodos barrera.....	35
II.I.IX.III Anticonceptivos hormonales.....	36

II.I.IX.IV Pastillas o píldoras anticonceptivas	37
II.I.IX.V Anticonceptivos inyectables	37
II.I.IX.VI Parches anticonceptivos	37
II.I.IX.VII Implante anticonceptivo	37
II.I.IX.VIII Métodos anticonceptivos definitivos	37
II.II Marco referencial	39
Marco Analítico y metodológico.....	39
Relevancia de la investigación	39
Estrategia metodológica.....	40
Método secundario: investigación cualitativa	42
Metodología de análisis de marcos interpretativos.....	43
Metodología seguida para análisis del contexto en forma comparada	45
Técnicas de investigación	45
Muestreo en investigación cualitativa	46
Resultados	47
II.III Marco conceptual.....	48
II.IV Marco legal.....	50
II.IV.I Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.....	50
Capítulo III Marco metodológico.....	66
III.IV Universo de estudio.....	76
III.IV.I Criterios de inclusión	76
III.IV.II Criterios de exclusión	76
III.V Población y muestra	77
III.VI Instrumento de recolección de datos.....	78
Capítulo IV.....	81
Conclusión.....	104
Sugerencias y propuestas	106
Referencias	108
Anexos.....	111

Introducción

El embarazo adolescente se define como la gestación de una mujer que ocurre durante la adolescencia, es decir, entre los 10 y 19 años. La organización mundial de la salud (OMS) establece este rango de edad para definirlo como embarazo adolescente. El embarazo adolescente es un problema de salud pública, ya que puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé, como mortalidad materna, partos prematuros, bajo peso al nacer y problemas de desarrollo. Además, el embarazo adolescente puede afectar la educación, las oportunidades de empleo y el futuro de la madre.

La motivación principal para investigar las complicaciones asociadas al embarazo en adolescentes de 10 a 19 años surgió del hecho de que este problema se convirtió en una preocupación a nivel mundial. Año tras año se registraron aproximadamente 21 millones de embarazos en adolescentes, de los cuales cerca del 50% no fueron planeados. Así mismo se buscó profundar en las causas y consecuencias de este fenómeno, reconociéndolo como un problema que genera impactos emocionales, psicológicos y de salud tanto para la madre como para el bebé.

A lo largo del proceso investigativo, se identificaron diversas causas que explicaron el origen del embarazo adolescente entre ellas la falta de acceso a una educación sexual integral, el desconocimiento y uso inadecuado de métodos anticonceptivos, la influencia de normas culturales o religiosas restrictivas, así como factores emocionales y sociales como el miedo, la presión de la pareja, la baja autoestima y la ausencia de comunicación con figuras paternas.

En cuanto a las consecuencias, se documentaron múltiples efectos negativos tanto para la madre como para el hijo. En el plano físico, aumento el riesgo de complicaciones durante la gestación y el parto, tales como preeclampsia, partos

prematuros y bajo peso al nacer.

Por lo anterior nuestro objetivo general fue identificar las principales complicaciones del embarazo en adolescentes de 10 a 19 años, nuestros objetivos específicos fueron: analizar las principales causas que conllevan a las adolescentes a embarazarse a corta edad, identificar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar e identificar el impacto en la sociedad y a nivel mental de mujeres embarazadas a temprana edad.

Esta investigación tuvo un enfoque mixto ya que combina métodos cuantitativos (se basa en números y estadísticas, busca medir y analizar variables de manera objetiva, usa encuestas y cuestionarios) y cualitativos (se enfoca en comprender significados, experiencias y percepciones, es más subjetivo e interpretativo), un alcance descriptivo ya que su objetivo principal fue observar, detallar y describir las principales complicaciones del embarazo en adolescentes de 10 a 19 años, como punto final tuvo un diseño transversal ya que se recogieron y analizaron datos en un solo momento del tiempo, es decir que permitió observar y analizar las variables o elementos de interés en un punto específico del tiempo

Planteamiento del problema

Según la organización mundial de la salud (OMS) informa que en el mundo hay más de 1,000 millones de adolescentes, de ellos el 83 % corresponde a países subdesarrollados donde la incidencia de embarazos y partos es alta. En Centroamérica y Suramérica el número de embarazos adolescentes es solo superado por África; alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15-19 años de edad tienen una vida sexualmente activa; existe un incremento del 10 % del inicio de las relaciones sexuales a partir de los 12 años de edad.

Unos 3 millones de adolescentes se someten a abortos inseguros cada año, y 108 de cada mil jóvenes son madres adolescentes. Los países de la región con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en los territorios de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, Brasil, los que representan entre un 15-25 %. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, en Estados Unidos anualmente cerca de un millón de partos corresponden a madres adolescentes, y el 70 % afirman no haberlo deseado.

Cada año, unos 21 millones de chicas de entre 15 y 19 años se quedan embarazadas en las regiones en desarrollo y aproximadamente 12 millones de ellas dan a luz. A escala mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres (de edades comprendidas entre 15 y 19 años) en 2000 a 41,3 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2023. Sin embargo, las tasas de cambio han sido desiguales en diferentes regiones del mundo, con la mayor disminución en Asia Meridional y

disminuciones más lentas en las regiones de América Latina y el Caribe y África Subsahariana. Aunque se han producido disminuciones en todas las regiones, África Subsahariana y América Latina y el Caribe continúan teniendo las tasas más altas a nivel mundial, con 97,9 y 51,4 nacimientos por cada 1000 mujeres, respectivamente, en 2023.

Organización Panamericana De La Salud (2018) en América Latina, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes. Uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad. La mortalidad materna en América Latina, se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años. En América Latina se cree que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil.

Cabe reconocer que en los últimos años, la fecundidad en la adolescencia continúa siendo una prioridad en la agenda de salud de las adolescentes. Durante 2023, por ejemplo, 60 de cada mil adolescentes de 15 a 19 años tuvieron un embarazo. Datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2018 indican que la mitad de las mujeres mexicanas inician su vida sexual antes de los 17 años; asimismo, más de la mitad no usaron métodos anticonceptivos al inicio de su vida sexual, principalmente porque no tenían planeado tener relaciones sexuales. Por lo cual, es indispensable otorgar herramientas y habilidades para

que las mujeres tengan capacidad de planear su futuro y decidir sobre el inicio de su vida sexual de manera informada, así como garantizar la disponibilidad y el acceso a métodos anticonceptivos. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2022 (Ensanut 2022) documentó que una de cada cinco niñas y adolescentes de 12 a 19 años habían iniciado ya su vida sexual, de las cuales una tercera parte había estado alguna vez embarazadas.

Históricamente, la mayor cantidad de embarazos en mujeres adolescentes se ha presentado en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, Chiapas ocupa el tercer lugar en número de embarazos en menores de 19 años; la misma encuesta señala que la tasa de fecundidad adolescente pasó de 87.63 por cada mil en 2009, a 93.25 en 2014, por lo que es un estado con un importante problema de fecundidad en la adolescencia.

Por su parte, en la “Estrategia nacional de prevención del embarazo en adolescentes” (ENAPEA) se indica que en 2015 el promedio anual de embarazos tempranos era de 884. A esta situación ha de agregarse que Chiapas es la entidad con uno de los índices de marginación más altos; que la mediana de edad del estado se ubica en 21 años; que tiene una proporción del 322.48% de niños y adolescentes de entre 10 y 19 años; que la proporción de éstos que ya ha iniciado su vida sexual es el 20.2% mayor que en la década pasada, y que la entidad ocupa el primer lugar con menor uso de anticonceptivos en la primera relación afectiva.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, social y económico, las adolescentes enfrentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto como anemia, preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al

nacer él bebe lo que puede generar problemas de salud a largo plazo, este factor es en todo el mundo y en grupos de poblaciones el índice más importante para estipular las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y poseer un crecimiento sano.

Dicha situación constituye uno de los principales problemas obstétricos vigentes, presentes en el 6 y 7 % de los nacimientos, y está relacionado con más del 75 % de la mortalidad perinatal. En la medida que la mujer es más joven, tiene mayor probabilidad de tener niños prematuros o bajo peso, con las consecuencias de mayor morbilidad y mortalidad neonatal. La inmadurez biológica puede ser la explicación de estos resultados adversos en el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna, lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto por lo que provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas).

El antecedente de un parto prematuro, un trabajo de parto complicado, distócicos, partos prolongados, una infección genitourinaria; pueden repercutir con alteraciones en el neurodesarrollo y atraso psicomotor del niño. El embarazo precoz no solo afecta a nivel físico, sino que también tiene profundas consecuencias psicológicas y sociales. Cada año se registran unos 21 millones de embarazos de adolescentes. De estos embarazos, el 50% son no deseados y por lo tanto, se estima una cifra de 12 millones de nacimientos, suele ocurrir casos que durante el embarazo no se proyecte la paternidad por abandono de la pareja o por ser fruto la concepción de una relación informal, así la responsabilidad de la gestación queda en manos de la madre y el apoyo de su familia. En muchas comunidades las adolescentes abandonan la escuela y

pocas logran retomarla después del parto lo cual llegan a tener dificultades para acceder a trabajos bien remunerados por lo que muchas madres jóvenes dependen de sus familiares o parejas para el sustento. También hay algunos casos de abuso sexual en niñas ponen a mayor riesgo de embarazo a menudo no deseado o pueden llegar hasta rechazar y abandonar a los bebés. En muchos de los lugares hay mucha falta de información sobre la salud sexual y reproductiva con lo cual la mayoría de los adolescentes no obtienen la educación adecuada sobre estos temas o a veces la falta de recursos le impide el acceso de métodos anticonceptivos. Las complicaciones del embarazo en edades tempranas son frecuentes y compromete la vida de la madre y el feto, desde el inicio de la gestación hasta el parto y el puerperio, así como las consecuencias que este ejerce en la vida social de la madre y la familia, por lo que constituye un alto riesgo obstétrico.

Es un problema que afecta negativamente en la vida del adolescente, según la organización mundial de la salud (OMS) las complicaciones en el embarazo es una de las principales causa de muerte en el adolescente de 10 a 17 años. La adolescencia es una etapa de la vida en la que los jóvenes están expuestos a múltiples factores riesgos biológicos, sociales, conductas que pueden afectar su vida psicosocial y reproductiva, al aprender sobre este tema podemos educar a los jóvenes para que tomen decisiones informadas sobre su vida sexual y la importancia de los métodos anticonceptivos así también enseñar el uso adecuado de anticonceptivos como el preservativo, no solo previene embarazos si no también protege contra la VIH, sífilis, gonorrea y clamidia.

El embarazo en el adolescente es un tema complejo que involucra aspectos biológicos, sociales y emocionales en esta etapa de la vida, los adolescente están en un proceso de desarrollo y madurez en un embarazo puede tener un impacto

significativo en su salud física y mental, así como en su educación y oportunidades futuras, por lo cual las complicaciones en el embarazo adolescente representan un desafío importante para la salud de la madre y el bebé. Las adolescentes son más susceptibles a sufrir problemas como hipertensión gestacional, parto prematuro, preeclampsia, anemia y complicaciones durante el trabajo de parto. Además, factores como la falta de acceso a atención prenatal adecuada, el desconocimiento sobre el cuidado del embarazo y las presiones socioeconómicas pueden agravar estas complicaciones. Es fundamental fomentar la educación sexual, mejorar el acceso a servicios de salud y apoyar a las adolescentes para reducir los riesgos que se lleguen a presentar durante el embarazo. Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta **¿Cuáles son las principales complicaciones en el embarazo adolescente de 10-19 años en el hospital materno infantil de Comitán?**

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales complicaciones del embarazo en adolescentes de 10-19 años en el hospital materno infantil en Comitán?

Justificación

El embarazo adolescente es un tema importante debido a sus implicaciones en la salud, bienestar y futuro de las adolescentes e hijos, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómico que se presentan en todos los niveles económicos de la sociedad. La razón por la cual nos interesamos en investigar las principales complicaciones que inciden frente a embarazo en las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años es porque se ha convertido en un problema a nivel mundial posteriormente es un tema de mucho valor ya que cada vez va aumentando más el porcentaje de embarazo, cada año se registran unos 21 millones de embarazos de adolescentes. De estos embarazos, el 50% son no deseados y por lo tanto, se estima una cifra de 12 millones de nacimientos.

De igual forma esta investigación va a permitir conocer más a fondo sobre las principales causas, consecuencias esto indica un problema, debemos tener en cuenta el daño como: un impacto emocional y psicológico, falta de educación sexual por otra parte problema de salud, desde el punto de vista son muchas las consecuencias tanto para él bebe como la madre durante el embarazo, así de igual forma son mayores las posibilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto.

El embarazo en las adolescentes actualmente es un problema que no es reciente es decir existe desde hace muchos años para ir concluyendo son provocados por la práctica de relaciones sexuales sin protección, debido a la falta de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, por otra parte otros factores influyentes como podría ser la falta de confianza, miedo a que su pareja no esté de acuerdo estos son algunos factores por los que la mujer se ven mayormente afectadas ya que tienen que lidiar con el embarazo, decepción

familiar a pesar de todo de cuidar al bebe cuando apenas y tienen la capacidad y edad suficientes para cuidarse ellas mismas.

El aporte se basara en proporcionar información adecuada logrando así incrementar los conocimientos fomentando actitudes favorables para reducir las cifras de embarazos a temprana edad, permitiendo que se pueda realizar un diagnóstico que ponga en evidencia las necesidades de conocimiento que tienen en la actualidad los jóvenes esperamos que esta investigación de un cambio de paradigma y contribuya a la obtención de conocimientos, reflexión sobre las consecuencias que puedan presentar las adolescentes en un embarazo a una edad tan joven.

Objetivos

General:

Identificar las principales complicaciones del embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad en el hospital materno infantil de Comitán 2025.

Específicos:

- Analizar las principales causas que conllevan a las adolescentes a embarazarse a corta edad, las cuales ingresan al hospital materno infantil
- Identificar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar de las embarazadas que ingresan al hospital materno infantil
- identificar el impacto en la sociedad de mujeres embarazadas a temprana edad que ingresan al hospital materno infantil

CAPITULO II

II. I Marco Teórico

II.I.I Embarazo adolescente.

La fundación Plan International España nos dice que el embarazo adolescente o embarazo precoz se produce cuando ni su cuerpo ni su mente están preparados para ello; entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, que la OMS establece en los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no planificados y no deseados. En estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, simbólica, psicológica y económica. El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.

El embarazo adolescente es un fenómeno social de causas multifactoriales, en el que están asociados edades de grandes cambios físicos y emocionales, baja escolaridad, desinformación, abandono escolar, pobreza, madres ausentes y amigas con conductas de riesgo, afirmó Mónica Beatriz Aburto Arciniega, coordinadora del Programa para Prevención del Embarazo en Adolescentes. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

II.I.II Fisiología del embarazo.

El instituto Dra. Gómez Roig dice que los cambios fisiológicos en el embarazo se producen de manera gradual y van desde cambios a nivel del sistema cardiovascular, pulmonar, hematológico, digestivo y endocrinológico, que en el puerperio se revierten progresivamente. Estos cambios físicos producen diferentes síntomas, signos y alteraciones en el embarazo.

II.I.II.I Cambios hormonales en el embarazo

Los cambios hormonales en el embarazo son parte de los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo. Éstos son necesarios para preparar el cuerpo para el embarazo y mantenerlo. En la gestación existe un aumento principalmente a nivel de la progesterona, estrógenos y la gonadotropina coriónica humana.

- La progesterona se produce principalmente en el cuerpo lúteo y la placenta y se encarga de mantener el embarazo especialmente al inicio. Esta hormona también tiene un efecto trófico a nivel mamario y las prepara para la adecuada producción de leche.
- Estrógeno: está en relación con un desarrollo saludable en el feto.
- Gonadotropina coriónica humana: es una hormona que se produce solo en el embarazo, y se puede detectar a los 10 días posteriores a la fecundación, por lo que se utiliza en las pruebas de embarazo.
- Relaxina: ayuda al desarrollo del bebe y a la salida del feto en el momento del parto, ya que se encarga de relajar y dar elasticidad los ligamentos de las articulaciones a nivel de la pelvis
- Lactógeno placentario: influye en el crecimiento fetal, modificando el metabolismo materno, para utilizar como fuente principal los ácidos grasos en relación a los carbohidratos.
- Oxitócica: está relacionada con la inducción del parto, para la producción de las contracciones y ayuda a la lactancia materna.

- Hormona de crecimiento placentario: regula el paso de nutrientes a nivel placentario.
- Las hormonas tiroideas: estas hormonas estimulan el crecimiento fetal

La embrióloga Silvia Azaña Gutiérrez no dice que los cambios cardiovasculares que se producen en el embarazo son:

- Incremento del volumen sanguíneo, casi de un 50%, que puede llevar a una leve anemia fisiológica (porque la sangre se encuentra más diluida).
- Aumento del gasto cardíaco, es decir, del volumen de sangre que bombea el corazón en un tiempo determinado.
- Incremento de la frecuencia cardíaca, que puede llegar hasta unos 90 latidos por minuto en reposo.
- Disminución gradual de la tensión arterial hasta el segundo trimestre de gestación. No obstante, este cambio se revierte durante el tercer trimestre.
- Desplazamiento del corazón hacia arriba y a la izquierda, por el aumento del tamaño del útero.
- Estado de hipercoagulabilidad, para evitar una pérdida excesiva de sangre en el parto. No obstante, esta situación también eleva el riesgo de coágulos sanguíneos.

II.I.II.II Cambios a nivel gastrointestinal

Los cambios hormonales típicos de la gestación también están relacionados con uno de los síntomas más comunes del embarazo: las náuseas y los vómitos. No obstante, a nivel gastrointestinal también hay otros cambios durante el embarazo, como los siguientes:

- Relajación de la unión esófago-estómago (esfínter esofágico inferior), por acción de la progesterona. Debido a ello, se ve favorecido el reflujo, la acidez y el ardor.
- Desplazamiento del estómago, que cambia su posición, por el aumento de tamaño del útero. Este cambio también va a favorecer el reflujo y la acidez.
- Digestiones más lentas y pesadas, por los elevados niveles de progesterona. De este modo, es posible que la embarazada tenga gases y padezca estreñimiento. No obstante, también contribuye que el tránsito intestinal se ve dificultado por la presión que ejerce el
- útero. El estreñimiento, junto a las dificultades en el retorno venoso, también puede llevar a la aparición de hemorroides.

II.I.II.III Cambios en el sistema endocrino

Durante el embarazo se producen bastantes cambios en el sistema endocrino. El aumento de la hormona HCG lleva a un aumento de los estrógenos y, especialmente, de la progesterona, ya que mantiene el cuerpo lúteo ovárico. Posteriormente, la placenta adquirirá una importante función endocrina. Por otro lado, la hipófisis aumenta su tamaño porque las células que producen la prolactina crecen en tamaño y número. De este modo, la prolactina se eleva para preparar a la mujer para la lactancia.

II.I.II.IV Cambios a nivel respiratorio

La frecuencia respiratoria aumenta para poder hacer frente al mayor consumo de oxígeno. Además, también es común la sensación de ahogo y falta de aire, especialmente, al hacer esfuerzos.

II.I.II.V Cambios en el sistema urinario

Debido al aumento del volumen sanguíneo mencionado anteriormente, los riñones deben aumentar también el volumen de sangre que filtran en el embarazo. Por otro lado, la vejiga se ve presionada porque el útero ha incrementado su tamaño. Esto causa que durante el embarazo se encuentre aumentada la frecuencia con la que la mujer necesita ir al baño.

II.I.II.VI Cambios músculo-esqueléticos

Al aumentar el volumen del abdomen, la mujer cambia su postura inclinándose ligeramente hacia atrás. Este cambio postural supone un cambio en el centro de gravedad que la embarazada realiza para compensar y mantener el equilibrio. Por otro lado, la relaxina es una hormona que hace que articulaciones y ligamentos estén más relajados y laxos. Su objetivo es preparar la pelvis de la mujer para el aumento de tamaño del útero y para el parto, pero puede provocar que la mujer note cierta inestabilidad.

II.I.II.VII Cambios en la piel

Es frecuente la aparición de manchas de color amarronado en la piel (especialmente en la cara) durante el embarazo, lo que se denomina melasma, cloasma gravídico o, más comúnmente, paño o máscara del embarazo de nuevo relacionado con los cambios hormonales en el embarazo, la producción de melanina aumenta. La melanina es el pigmento que da color a la piel y, por ello, esta hiperpigmentación hace que la piel se oscurezca. De este modo, pueden aparecer ciertas manchas en la piel de la cara de la embarazada. Sin embargo, también se oscurecen areolas y pezones, vulva, periné, axilas, cara interna de muslos y aparece la línea negra (del ombligo al pubis).

II.I.II.VIII Cambios en el aparato reproductor

Durante el embarazo, el sistema reproductor de la mujer sufre grandes cambios.

Algunos de los cambios principales serían los siguientes:

- Ausencia del ciclo menstrual.
- Aumento de tamaño del útero. Este cambio se puede percibir externamente por el abultamiento del abdomen, que va siendo más evidente según avanzan las semanas de gestación.
- Incremento del flujo vaginal. Es normal por los cambios hormonales y el mayor riego sanguíneo a la vagina.

II.I.II.IX Cambios en las mamas

Las mamas sufren también cambios evidentes durante el embarazo, por acción de las hormonas, ya que se preparan para la lactancia del bebé. Algunos de los cambios son:

- Mayor sensibilidad, sensación de tensión e hinchazón. La mujer puede notar este cambio desde las primeras semanas de embarazo.
- Aumento de tamaño, debido a que se ve estimulado el desarrollo de las glándulas que producen la leche.
- Agrandamiento de areolas mamarias y pezones, que también se oscurecen.
- Aparición de los tubérculos de Montgomery (puntitos abultados y blanquecinos en la areola) cuya secreción ayuda a proteger y lubricar el pezón.
- Mayor notoriedad de las venas superficiales.

II.I.III Etapas del desarrollo embrionario

El centro de reproducción asistida de Chile dice que el proceso de desarrollo embrionario involucra una serie de etapas que comienzan con la fecundación y culminan en la formación del feto. Algunas de las fases clave incluyen la formación del cigoto, la mórula, la gástrula, el blastocito y, finalmente, el embrión y el feto.

- **Fecundación:** Después de un ciclo de menstruación normal, ocurre el desprendimiento de uno de los óvulos del ovario luego de 14 días de la última fecha de la menstruación. A este proceso de “liberación” se le conoce como ovulación. Es en dicha fase de ovulación en la que el moco del cuello uterino se torna más fluido y elástico, de manera que los espermatozoides puedan ingresar fácilmente desplazándose por la vagina, mediante el cuello uterino. El recorrido continúa hacia el interior del útero hasta llegar a las trompas de Falopio, donde se produce la fecundación de forma natural. Aquí el espermatozoide se une con el óvulo, dando lugar a un cigoto (óvulo fecundado).
- **Cigoto:** Se trata de la etapa inicial del desarrollo embrionario, que ocurre inmediatamente después de la fecundación. El cigoto es el resultado de la unión del óvulo y el espermatozoide, lo que crea una única célula con el material genético de ambos progenitores. Esta célula tiene la capacidad de dividirse y desarrollarse en un organismo completo. Durante el trayecto del cigoto a través de las trompas de Falopio hacia el útero, que tarda aproximadamente de 3 a 5 días, las células se dividen mediante un proceso llamado mitosis. A medida que avanza la división celular, el cigoto se transforma en una estructura multicelular denominada mórula. Posteriormente, esta continúa dividiéndose hasta formar una estructura hueca llamada blastocito, que se implantará en el útero y dará inicio a la etapa embrionaria.

- **Mórula.** A medida que el cigoto desciende por las trompas de Falopio hacia el útero, sus células se dividen y se forma una estructura compacta llamada mórula. Esta fase ocurre aproximadamente de 3 a 5 días después de la fecundación. El término “mórula” proviene del latín “morula”, que significa “mora” o “frambuesa”, debido a su apariencia redondeada y compacta, similar a una fruta. Durante esta etapa, las células son prácticamente indiferenciadas y totipotentes, lo que significa que tienen la capacidad de, dar lugar a cualquier tipo de célula del organismo. A medida que las células de la mórula siguen dividiéndose, comienzan a reorganizarse y a diferenciarse en dos grupos: el embrioblasto, que dará lugar al embrión propiamente dicho, y el trofoblasto, que formará parte de la placenta y otras estructuras de soporte.
- **Blastocito:** El embrión en desarrollo continúa dividiéndose hasta que toma la forma de un blastocito, una estructura hueca que se implantará en el revestimiento del útero aproximadamente 6 días después de la fecundación. El blastocito tiene una zona engrosada que dará lugar al embrión, mientras que las células externas se convertirán en la placenta.
- **Gástrula:** En la etapa de gástrula, las células del embrión en desarrollo comienzan a organizarse en capas distintas, lo que dará lugar a la formación de diferentes tejidos y órganos. Este proceso es esencial para el desarrollo de estructuras anatómicas y funcionales en el embrión.
- **Embrión:** El desarrollo embrionario es una etapa crucial en el crecimiento de un nuevo ser humano. Esta fase comienza después de la implantación del blastocito en el útero, alrededor de la segunda semana después de la fecundación, y se extiende hasta aproximadamente la décima semana de embarazo. Durante dicho periodo, el embrión experimenta una rápida diferenciación celular y especialización que dará lugar a la formación de los órganos y estructuras fundamentales del cuerpo humano. El embrión se desarrolla dentro del saco amniótico, que lo protege y le proporciona el entorno adecuado para su crecimiento. Algunos eventos cruciales en la fase embrionaria incluyen la formación del tubo neural, que dará lugar al

cerebro y la médula espinal, el desarrollo del corazón y los vasos sanguíneos, y la aparición de los primeros glóbulos rojos o eritrocitos. A medida que avanza la etapa embrionaria, las estructuras externas y las características específicas del futuro bebé comienzan a tomar forma, sentando las bases para la siguiente etapa: el desarrollo fetal.

- Feto: Esta es la etapa posterior al desarrollo embrionario y abarca desde la undécima semana de embarazo hasta el nacimiento. Durante esta fase, el feto continúa creciendo y madurando, y sus órganos y sistemas corporales se perfeccionan y se preparan para funcionar fuera del útero materno. Durante el desarrollo fetal, se producen cambios notables en el tamaño y la forma del feto, y sus características faciales y corporales se vuelven más definidas. El sistema nervioso central sigue madurando, y el cerebro experimenta un rápido crecimiento. Los órganos internos, como los pulmones, el hígado y los riñones, continúan desarrollándose y madurando, mientras que el sistema circulatorio y el corazón aumentan su capacidad para bombear sangre de manera eficiente. Además, el feto desarrolla la capacidad de realizar movimientos conocidos como “movimientos fetales” o “pataditas”, que son un indicador importante de su bienestar. A medida que se acerca el final del embarazo, el feto adquiere la posición adecuada para el nacimiento y se prepara para su entrada en el mundo exterior.

II.I.III.I Exámenes durante el desarrollo embrionario

Es importante realizar exámenes prenatales para garantizar un embarazo saludable y el adecuado desarrollo embrionario. Dichos estudios incluyen exploraciones físicas, análisis de sangre y ecografías. Además, se deben realizar pruebas específicas durante diferentes etapas del embarazo, para detectar posibles anomalías cromosómicas o congénitas. Durante las 6 a 8 semanas de embarazo, se debe realizar una exploración física que incluye:

- Medir la estatura, el peso y la presión arterial.
- Revisar si los tobillos presentan hinchazón.
- Revisar la posición y el tamaño del útero.
- Realizar una muestra de sangre para descartar enfermedades infecciosas como la sífilis, la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Determinar el factor Rh (positivo o negativo).
- Analizar la muestra de orina.

II.I.III.I Frecuencia de las consultas médicas

- Cada 4 semanas: hasta las 28 semanas de embarazo.
- Cada 2 semanas: hasta la semana 36.
- Finalmente, una vez a la semana hasta el parto.

II.I.III.II Exámenes médicos de seguimiento

- Cribado del primer trimestre: mediante un análisis de sangre y una ecografía se determina si el feto puede desarrollar una anomalía cromosómica como el síndrome de Down o deformaciones congénitas.
- Ecografía: este examen médico es primordial para saber cuál es la posición que tiene el feto.
- Muestreo del vello coriónico: mediante este examen se puede determinar si las células de la placenta tienen una anomalía cromosómica como el síndrome de Down.

Comprender las etapas del desarrollo embrionario y realizar los exámenes prenatales adecuados es esencial para garantizar un embarazo saludable y el bienestar del bebé por nacer.

II.I.IV Complicaciones en el embarazo adolescente.

La OMS dice que las madres adolescentes (de 10 a 19 años) tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y los bebés de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave. Muchas son las complicaciones asociadas a la gestación en madres adolescentes, destacando: preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), así como un incremento en la tasa de muertes fetales intraútero, abortos y muerte intraparto.

Los peores resultados perinatales se observan cuando la gestación se produce en los dos primeros años después de la menarquia y la incidencia de estos se multiplica por 4 en madres de 13 a 15 años, y se duplica en madres de 15 a 19 años respecto a la incidencia observada en madres mayores de 19 años; en todos los casos, se relacionan las complicaciones con el retraso de los cuidados perinatales. Por sí sola, la edad materna de 16 años o inferior, debe de ser considerada como una potencial causa de riesgo perinatal y muerte neonatal, que exige a los profesionales sanitarios incrementar los cuidados y vigilancia de estas madres.

La inmadurez tisular y un desarrollo óseo no finalizado de la pelvis, favorecen: malposiciones fetales, distocias de hombros, asfixia intraparto e incluso muerte intraparto, lo cual se asocia a mayor tasa de cesáreas y de partos instrumentales; por otro lado, la estrechez del canal blando del parto facilita los desgarros y lesiones traumáticas del mismo. Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

II.I.V Causas del embarazo adolescente.

Ginecóloga Sheila Sedicias (2007) las principales causas del embarazo en la adolescencia incluyen:

- Primera menstruación a una edad temprana
- Desinformación sobre el embarazo y los métodos anticonceptivos
- Bajo nivel socioeconómico
- Presencia de otros casos de embarazo adolescente en la familia
- Conflictos y un ambiente familiar desfavorable
- Falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
- Influencia de los medios de comunicación y la sexualización temprana
- Presión de la pareja o del entorno social para mantener relaciones sexuales
- Bajas expectativas académicas o falta de proyectos de vida.

Un estudio de la clínica internacional de Perú nos dice que las causas comunes de un embarazo precoz:

- Drogas y alcohol
- Ausencia de los padres, familias inestables o conflictos familiares
- Estado socioeconómico bajo
- Abuso sexual y violaciones
- Falta de educación sexual

II.I.VI Factores de riesgo.

En el ámbito individual se mencionan: inicio temprano de vida sexual, generalmente antes de los 16 años y sin utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual, así como adicciones y toxicomanías. Otros factores son: haber sido víctima de abuso sexual, estar en unión libre y el deseo expreso de embarazarse.

En cuanto a la educación, se ha identificado una baja escolaridad, aversión a la escuela y su abandono; además se señala una menor educación sexual en las adolescentes que se han embarazado. Otro de los factores de riesgo es la repetición de patrones: madres y hermanas que se embarazaron durante la adolescencia; adolescentes que tienen un solo padre, o que experimentan la ausencia de ambos; disfuncionalidad en las familias, hacinamiento, la baja escolaridad de ambos padres, adicciones y toxicomanías en algún miembro de la familia. Elsevier España (SLU).

II.I.VII Impacto en la sociedad.

El libro de Perinatología y Reproducción Humana nos menciona que para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios. Cuanto más joven sea la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas. A nivel psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas, en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras.

El embarazo en adolescentes se considera un problema porque afecta de forma negativa distintos aspectos de la vida de quienes lo experimentan, pues es muy probable que abandonen la escuela y que no continúen con sus estudios, según su contexto socioeconómico, por consiguiente, sus oportunidades de tener un trabajo decente se reducen, esto hace que se vuelvan más propensas a permanecer en condiciones de pobreza y exclusión. A esto se agrega la dimensión de salud, en la que las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en niñas adolescentes (UNFPA, 2020).

II.I.VIII Impacto mental.

Un artículo de Farmatodo Blog dice que mentalmente un adolescente, no tiene la madurez suficiente para asumir el reto de la maternidad, así como los recursos físicos, económicos y emocionales necesarios para traer un hijo al mundo. Cuando un embarazo adolescente se produce, es necesario sumar a los cambios mentales y naturales de la adolescencia los cambios emocionales propios de la gestación debido a las alteraciones hormonales, esto constituye una gran presión para los adolescentes que salen sintiéndose incapaces de transitar ambas etapas al mismo tiempo. Un embarazo en la adolescencia puede generar sentimientos negativos como culpa, miedo, vergüenza, baja autoestima, angustia, desesperanza y frustración, lo cual a su vez puede desencadenar a futuro problemas psicológicos como ansiedad y depresión e incluso llevar al suicidio en casos extremos. Otras de las consecuencias del embarazo adolescentes tienen que ver con la inestabilidad familiar, la dependencia económica, abandono de los estudios y el rechazo que la madre puede llegar a sentir por el bebé.

Según la universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la depresión y la ansiedad, son algunos de los trastornos mentales que limitan la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades diarias, repercuten en su estado de ánimo y pueden desencadenar cuadros clínicos severos si no se tratan a tiempo. En el caso de las mujeres embarazadas ocurren cambios a nivel hormonal y psicológico que ocasionan sentimientos de miedo, angustia, tristeza, entre otros; sin embargo, cuando se presentan de manera prolongada es necesario acudir con un especialista, ya que pueden afectar a la salud de la madre y la del bebé.

II.I.IX Planificación familiar.

El UNFPA dice que la planificación familiar es la información, los medios y métodos que permiten a las personas a decidir si quieren tener hijos, el número de estos y los intervalos entre los nacimientos. Esta incluye una amplia gama de anticonceptivos (desde píldoras, implantes, dispositivos intrauterinos, procedimientos quirúrgicos que la fertilidad, y métodos de barrera, como los preservativos) y métodos no invasivos, tales como el método del ritmo y la abstinencia. La planificación familiar también incluye información sobre el embarazo voluntario, así como sobre el tratamiento de la infertilidad.

La organización reproducción asistida nos dice que existen multitud de maneras de clasificar los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, se pueden tener en cuenta los diferentes parámetros que se comentan a continuación:

- Masculinos o femeninos: en función de si lo usa el hombre o la mujer.
- Orales o no orales: hace referencia a si los anticonceptivos se toman en forma de pastillas o si se colocan en otro lugar del cuerpo.
- Hormonales o no hormonales: en base a si incluyen hormonas en su composición.
- Temporales o permanentes en función de la duración de la anticoncepción.
- Reversibles o irreversibles: hace referencia a la esterilización total del hombre o la mujer.

II.I.IX.I Anticoncepción natural

Este mecanismo de acción de los anticonceptivos se basa en el control del ciclo menstrual para evitar mantener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer, que son aquellos cercanos al momento de la ovulación. La ovulación tiene lugar a mitad del ciclo menstrual, aproximadamente, aunque no en todas las mujeres es tan exacto, sobre todo en aquellas que presentan un ciclo menstrual

irregular. Por tanto, es necesario que la mujer lleve un estricto control de sus menstruaciones y la ovulación.

Algunas mujeres utilizan métodos para saber si se encuentra en su periodo fértil como, por ejemplo, analizar el moco cervical o medir la temperatura basal, ya que se produce una elevación de 0.2 a 0.5 °C en el momento de la ovulación. También existe como método natural el coito interrumpido, coloquialmente conocido como marcha atrás. En este caso, hay que evitar la eyaculación dentro de la vagina, aunque no la penetración previa.

II.I.IX.II Métodos barrera

Se trata de anticonceptivos que evitan la llegada de los espermatozoides al óvulo de forma física. El más conocido de todos es el preservativo de uso masculino. No obstante, existen otros métodos anticonceptivos de barrera.

- Preservativo masculino: también llamado profiláctico o condón. Este método anticonceptivo tiene forma de funda y se coloca alrededor del pene. Generalmente, el preservativo está hecho de látex y viene lubricado con espermicidas. Al colocarse alrededor del pene, el semen se queda atrapado en su interior después de la eyaculación. Su efectividad es del 97%.
- Preservativo femenino: es similar al condón masculino, pero con un anillo rígido ancho para evitar que resbale por el orificio vaginal. un poco más caro que el preservativo masculino.
- Diafragma: es un capuchón de goma que se coloca en la vagina y obstruye el orificio del cuello del útero, evitando así el paso de los espermatozoides. Su efectividad es del 95%, pero puede usarse varias veces si se cuida bien.

- Esponja vaginal: es como una espuma de poliuretano que se coloca en la entrada del cérvix y que absorbe el semen y libera espermicida. Su efectividad varía del 70 al 90%, pero puede producir irritación vaginal.
- Dispositivo intrauterino (DIU): también conocido como T de cobre. El ginecólogo coloca el DIU en el interior del útero, tiene una efectividad del 95% y es de carácter permanente. El DIU de cobre es más económico que el DIU hormonal.

II.I.IX.III Anticonceptivos hormonales

Estos son los métodos anticonceptivos más utilizados en la mujer. Los anticonceptivos hormonales se componen de versiones sintéticas de las hormonas sexuales femeninas, normalmente de estrógenos y la progesterona. Los anticonceptivos hormonales pueden estar compuestos por estrógenos, que impiden la ovulación, y progesterona, que evita la preparación endometrial y altera el moco cervical; o solamente por progesterona.

Su mecanismo de acción consiste en alterar los niveles hormonales naturales en la mujer para impedir que tenga lugar la ovulación y así no haya posibilidad de fecundación por parte del esperma. Además, los anticonceptivos hormonales también alteran el endometrio y el moco cervical, y evitan que el útero se prepare para la implantación embrionaria.

II.I.IX.IV Pastillas o píldoras anticonceptivas

Se trata de un anticonceptivo en forma de pastillas que deben tomarse diariamente por vía oral. Las píldoras anticonceptivas se componen de estrógenos y gestágenos principalmente.

II.I.IX.V Anticonceptivos inyectables

Este tipo de anticonceptivos consisten en una inyección de hormonas por vía intramuscular. Su duración es de un mes o tres meses en función de la dosis hormonal y tiene una eficacia muy elevada, del 99%.

II.I.IX.VI Parches anticonceptivos

Se trata de pequeños parches colocados en la piel que van liberando de forma continuada la dosis hormonal. Aunque su efectividad normalmente es elevada, se puede ver reducida en mujeres con sobrepeso.

II.I.IX.VII Implante anticonceptivo

EL implante anticonceptivo consiste en un pequeño implante de plástico flexible que se coloca bajo la piel del brazo y va liberando la dosis hormonal necesaria para evitar la ovulación.

II.I.IX.VIII Métodos anticonceptivos definitivos

Se trata de una anticoncepción permanente de gran eficacia que requiere una intervención quirúrgica. Aunque en un principio estas operaciones eran irreversibles, actualmente existe la posibilidad de revertirlas. No obstante, la

eficacia de las cirugías de reversión no es muy elevada y no es posible asegurar que la capacidad fecundante se recupere totalmente.

Existen métodos anticonceptivos definitivos tanto para las mujeres como para los hombres:

- Vasectomía: los conductos seminales se cortan para impedir la salida del esperma del testículo, por lo que el eyaculado no muestra espermatozoides.
- Ligadura de trompas: obstrucción o corte de las trompas de Falopio de la mujer que impide el paso de los óvulos, por lo que nunca se encontrarán con los espermatozoides.

II.II Marco referencial

Tesis Jessica Domínguez Zamudio “La definición del embarazo adolescente como problema público en México y Uruguay: una aproximación desde la perspectiva de los marcos interpretativos” (2018)

Marco Analítico y metodológico

Una vez que hemos abordado la teoría que sustenta la presente investigación y un panorama general sobre cómo se han abordado la teoría constructivista y los marcos interpretativos de la investigación de política pública, y específicamente en la fase de definición del problema público y el diseño, es tiempo de describir el marco analítico y metodológico que guía la investigación. El capítulo inicia describiendo las singularidades que le dan relevancia a la Investigación, las preguntas que se plantea responder, el argumento hipotético que da respuesta a dichas preguntas en los casos empíricos elegidos y la forma en que se operacionalizan las variables y que conectan la teoría con su aplicación en la realidad. Por último se explica cuál fue la estrategia metodológica seguida, incluidas las técnicas de investigación utilizadas

Relevancia de la investigación

Utilizando todas las referencias teóricas sobre el campo de políticas públicas, el presente trabajo de investigación está construido desde un enfoque de política pública cuyo propósito es analizar el conjunto de decisiones que tomaron los actores participantes en el diseño de las políticas que buscan dar respuesta al problema del embarazo adolescente en México y Uruguay desde la perspectiva de los marcos interpretativos. El hecho utilizar el enfoque de políticas públicas nos permite poder fijar la atención en las decisiones de los gobiernos que materializan estrategias de acción, con el objetivo de resolver o mitigar problemas públicos (Del Castillo, 2017).

La investigación corresponde a un estudio de políticas, pues se quiere comprender la lógica del proceso decisional específicamente en las etapas de definición del problema público y diseño de políticas, en este caso, un aparente mismo problema en dos contextos completamente distintos. Cabe destacar que la seguridad de los estudios de políticas es que buscan la comprensión de la lógica con la que se tomaron decisiones de política pública en el pasado, para comprender lo que sucede actualmente con ese problema y poder proponer mejores soluciones a futuro.

En los estudios de política, el objeto de estudio es el proceso de políticas, considerando que existe una interacción entre los actores políticos las políticas y el contexto en que se formulan. Haciendo señalado lo anterior, el enfoque de marcos interpretativos dentro del proceso de las políticas nos permite identificar y analizar con que marcos se define los problemas públicos, es decir, la interacción entre los marcos y los actores políticos que toman las decisiones y que configuran la definición del problema público.

Estrategia metodológica

A continuación se describirá en forma detallada la estrategia metodológica seguida para la Construcción de la evidencia que sustenta la investigación.

Método comparado en políticas públicas

El estudio de políticas públicas en forma comparada es “una estrategia metodológica para dar cuenta de la homogeneidad o heterogeneidad de las experiencias empíricas en las que principalmente el Estado busca intervenir sobre lo público” (Gunturiz, et al, 2018, p.4).

Una definición que coincide con el perfil de la presente investigación es que el análisis comparado en las políticas públicas “Es el estudio de cómo, por qué, para qué y con qué consecuencias los diferentes gobiernos adoptan un particular curso de acción o inacción” (Heidenheimer, Hecló, & Adams, 1990, p.3 citado por Gunturiz, et al, 2018, p.4). La importancia de los estudios comparados en políticas públicas es que pone en evidencia que no existe forma única de abordar y resolver los problemas públicos, pues pueden entenderse de diferente manera. Además:

Resulta habitual que las investigaciones sobre política pública en clave comparada contengan no sólo un diagnóstico retrospectivo, sino que a su vez aporten sugerencias prospectivas o recomendaciones normativas en clave de futuras formas de acción institucionales, o también desde instrumentos de política pública para mejorar dichos procesos”. (Gunturiz, et al, 2018, p.5)

La siguiente cita pone en claro la importancia de los estudios comparados de políticas

Públicas: La comparación es una estrategia permanente de intercambio de experiencias e innovación de la política pública que se propicia a través de mejores prácticas y también de las peores, para la reformulación de la política nacional y además como instrumento de rendición de cuentas, y además, el valor agregado que conlleva el método es la comprensión de las diferencias culturales y contextos para la edificación de políticas públicas relevantes y pertinentes (Guzmán-León, 2016, p.138)

En el caso de la presente investigación, ese método transversal es el adecuado porque lo que queremos investigar son diferencias de abordaje gubernamental en dos países específicos, ambos latinoamericanos y con un problema público común que es el

embarazo adolescente. Para la selección de los casos, se tienen dos caminos, mediante el método del acuerdo o concordancia (variables comunes, exceptuando la variable a observar), o bien el método de la diferencia (los casos no tienen variables comunes, pero los une solo el fenómeno que se estudia).

Para esta investigación los casos empíricos fueron seleccionados por el criterio de diferencias, pues se quieren hacer evidente las diferencias en el abordaje gubernamental en dos contextos completamente diferentes, siendo la característica compartida las altas tasas de fecundidad adolescente. Los casos elegidos fueron:

a) México.

Este país fue elegido porque es el primero lugar de los países de la OCDE en tasa de fecundidad adolescente, además de que soy ciudadana mexicana.

b) Uruguay.

Este país fue elegido porque en los últimos años ha venido bajando la tasa de fecundidad adolescente considerablemente, siendo que su pico máximo lo alcanzó en 2014. Además, es un país ubicado en un contexto muy distinto al mexicano, en términos ideológicos, culturales e institucionales que nos pueden permitir contrastar la forma en que el embarazo adolescente fue definido como problema público.

La selección de la temporalidad está en función de los años en que fueron presentadas las Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (2015) y la Estrategia Intersectorial y Nacional para la Prevención del Embarazo no intencional en Adolescentes (2019), por lo que el periodo a analizar es de 2015-2019.

Método secundario: investigación cualitativa

Como lo menciona Guzmán-León (2016), el primer paso es definir y comprender lo que es el método comparado, pero el siguiente es definir el método secundario, es decir, elegir entre investigación cualitativa, cuantitativa o mixta, lo que mejor se adapte para responder

a la pregunta de investigación y el nivel de complejidad que se busca, pues “a mayor complejidad menor probabilidad de generalizar y viceversa” (p.141).

Debido a que el objetivo de la investigación es describir y analizar dos abordajes gubernamentales distintos para resolver un aparente mismo problema, utilizando como lente analítico los marcos interpretativos, el método secundario de investigación corresponde a la investigación cualitativa, pues esta modalidad “ enfatiza conocer la realidad desde una perspectiva de incidir, de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático” (Ruiz, 2012, p.17), es decir, hacer una reconstrucción de los significados que se le dan al problema del embarazo adolescente en dos países, es decir se trata de una comparación con N pequeña, los cuales pueden tener como objetivo el control de la teoría o la generación de hipótesis mediante “un examen sistémico de la covariación entre casos” (Guzmán-León, 2016, p.145), pero también el objetivo puede ser la demostración de la teoría o bien el contraste de los contextos.

Metodología de análisis de marcos interpretativos

Esta metodología surge por el proyecto europeo Mainstraming Gender Equality in Europe (MAGEEQ), en el que participan España, Grecia, Holanda, Austria, Hungría y Eslovenia. El objetivo del proyecto es realizar un análisis comparativo de los marcos interpretativos de las políticas de desigualdad de género en la Unión Europea, identificando “la lógica interna (implícita o explícita) de los marcos interpretativos, poniendo énfasis en las diversas representaciones que los/as actores/as políticos ofrecen del problema de desigualdad de género y de las soluciones propuestas al mismo” (Bustelo & Lombardo, 2005, p.16). Siguiendo esa línea, se estudiaron los discursos presentes en documentos oficiales y debates parlamentarios, en las instituciones políticas, así como en la sociedad civil y en los medios de comunicación, utilizando como guía del análisis las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema tal como se representa?
- ¿Dónde se localiza?
- ¿Qué es lo que se ve como causa?
- ¿Y cómo efecto?
- ¿Quién(es) es (son) responsables del problema?

Lo que se quiere encontrar en el análisis son los marcos de interpretación alrededor del problema público, asumiendo, como lo explica la teoría, que “los marcos de política tienen un formato típico basado en la división de diagnóstico y pronóstico”, es decir, el diagnóstico es el reconocimiento de que existe una situación problemática que requiere cambios, y el pronóstico es una solución propuesta que explica lo que se tiene que hacer para resolver o mitigar esa situación problemática e incluye una llamada a la acción por parte de los actores que se considere pertinentes (Snow y Bedford, 1988, p.199, citado por Bustelo & Lombardo, 2005, p.19)

Utilizando esta metodología, se eligió hacer el análisis en dos niveles:

Nivel 1. Marcos interpretativos a nivel individual

Se analiza el diagnóstico y pronóstico que los actores instituciones que diseñaron la Estrategia Nacional para la prevención del Embarazo Adolescente y la Estrategia Intersectorial y Nacional para la Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes le dan al problema de embarazo adolescente.

Las preguntas introductorias de las entrevistas sirven para conocer el perfil de cada actor Institucional. Las preguntas de diagnóstico permiten conocer cómo los actores institucionales conceptualizan términos como derechos sexuales y reproductivos, igualdad de género y embarazo adolescente, además de cuáles son las causas y efectos que asocian a ese problema. Las preguntas de pronóstico muestran la postura del actor frente a cuestiones como la edad adecuada para impartir educación integral en sexualidad y los medios que consideran adecuados para impartirla, los aspectos positivos y negativos que destaca de la estrategia y las acciones que faltan por implementar desde la perspectiva del actor institucional. La justificación para hacer el análisis en dos niveles

es que de esta forma podremos identificar los marcos interpretativos que tuvieron más peso para poder definir el problema público del embarazo adolescente, así como las alternativas de solución.

Metodología seguida para análisis del contexto en forma comparada

El contexto será analizado en cuatro dimensiones

- a) Contexto económico y político
- b) Antecedentes de intervención o contexto de políticas
- c) Marco normativo
- d) Estado del problema al momento del diseño de las Estrategias.

Técnicas de investigación

Para cumplir con el objetivo de la investigación, se recurre a dos técnicas:

- a) Análisis del discurso la revisión narrativa del análisis del discurso:

Aborda el lenguaje como un evento comunicativo dentro de un contexto social en donde se sitúan las interacciones humanas. De este modo, el análisis del discurso explora las relaciones entre los textos y la realidad haciendo visibles los discursos, sus puntos de origen, como ellos fluyen, y que los acompañan” (Urra, Muñoz, & Peña, 2018, p.50).

Un discurso puede ser entendido como un sistema de lenguajes, dominios de comunicación, y/o dominios de ciertos enunciados, generalmente textos que tienen algún efecto en el mundo real (Mills, 2007 citado por Urra, Muñoz, & Peña, 2018, p.52). La singularidad del análisis del discurso es que el analista debe incluir la relación entre texto y contexto y “explorará cómo fueron creados inicialmente las ideas y objetos producidos socialmente (en textos) que habitan el mundo (la realidad), y cómo ellos son mantenidos y apoyados en un lugar en el tiempo (el contexto) (Urra, Muñoz, & Peña, 2018, p.52).

Esta técnica (considerada también una metodología) tiene una gran amplitud teórica, por lo que dentro de su clasificación podemos encontrar análisis de tipo lingüístico, análisis conversacional y análisis de grandes discursos. Esta última categoría, a su vez se clasifica en análisis de marcos-esquemas, análisis de repertorio interpretativo, análisis foucaudiano y análisis crítico del discurso. La técnica específica que se utilizó para la presente investigación es el análisis de marcos-esquemas, que son:

Estructuras cognitivas que guían la percepción y la representación de la realidad su análisis incluye a quién (actores), el cómo (vehículo, símbolos clave), de qué (el contenido, identificar discursos, lenguaje y su significado), y la intervención (reflexión del marco, restaurar conflictos o negociar qué)". (Urra, Muñoz, & Peña, 2018, p.54)

b) Entrevistas semi-estructuradas

Debido a que la presente investigación es del tipo cualitativo, y el propósito principal es "obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y las actitudes", (Vargas, 2012, p.120) siendo la entrevistas una Técnica de mucha utilidad.

La entrevista es: Un proceso comunicativo que se da en un encuentro entre sujetos, previamente negociado y planificado, [cuya finalidad en la investigación cualitativa es acceder a la perspectiva de los sujetos, comprender sus percepciones y sus sentimientos; sus acciones y sus motivaciones. apunta a conocer las creencias, las opiniones, los significados y las acciones que los sujetos y poblaciones le dan a sus propias experiencias. (Schettini, et al, 2016, p.19)

Ahora bien, dentro de los distintos tipos de entrevistas que existen, son las entrevistas semiestructuradas las que se ajustan a las necesidades de esta investigación pues a todos los Entrevistados se les aplicaron las mismas preguntas, pero sin forzar un orden y teniendo libertad de responder de forma tan detallada como ellos lo deseen (Schettini, et al, 2016).

Muestreo en investigación cualitativa

Como suele suceder en la investigación cualitativa, se recurrió a un muestreo no Probabilístico, "puesto que lo que buscamos son buenos informantes, es decir, personas

Informadas, lúcidas, reflexivas y dispuestas a hablar ampliamente con el investigador” (Salamanca & Martín-Crespo, 2007, p.2). Dentro de los tipos de muestreo no probabilístico, se recurrió al muestreo por avalancha o bola de nieve, es decir, se contactaron algunos actores gubernamentales que a su vez fueron de ayuda para acceder a otros, para que en la medida de lo posible fueran entrevistados los actores relevantes en el diseño de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente y la Estrategia Intersectorial y Nacional para la Prevención del Embarazo no Intencional en Adolescentes.

Debido a que algunos actores entrevistados decidieron que la información proporcionada fuera utilizada de manera confidencial, solo haré mención a las instituciones a las que pertenecían los entrevistados cuando se realizó el diseño de las Estrategias, siendo sus respuestas a título personal y no institucional:

Resultados

Este capítulo describe la evidencia construida para mostrar que los marcos interpretativos de los actores que diseñaron las estrategias de prevención del embarazo adolescente en México y Uruguay llevaron a definiciones del problema público diferentes en cada país, por lo que se eligieron soluciones distintas en dichos casos de estudio seleccionadas.

Primero se hace un análisis del contexto en el que están insertos las estrategias y los actores institucionales que las diseñaron. Posteriormente se hace una revisión de los antecedentes de intervención y del estado del problema al momento que se diseñaron las Estrategias. También se describe el marco normativo que da sustento a las estrategias. Luego se hace un análisis de los marcos interpretativos que los actores institucionales tienen alrededor del problema del embarazo adolescente. Finalmente se hace un análisis comparado de los documentos de diseño de las Estrategias, poniendo especial atención en el diagnóstico y pronóstico que hacen del problema de embarazo en adolescentes.

II.III Marco conceptual

II.III.I Embarazo: Periodo de tiempo que va desde la concepción hasta el parto.

II.III.II Fecundidad: Capacidad reproductiva de una persona o de una población, y se mide a través del número de nacimientos vivos en un periodo de tiempo determinado.

II.III.III Anticonceptivos: Métodos que se utilizan para prevenir el embarazo.

II.III.IV Preeclampsia: Complicación del embarazo en la que la presión arterial alta de la madre reduce el suministro de sangre al feto.

II.III.V Embarazo precoz: Es aquel que ocurre en mujeres entre los 10 y los 19 años de edad. Se produce cuando el cuerpo y la mente de la mujer no están preparados para ello.

II.III.VI Aborto: Es la interrupción de un embarazo, ya sea de forma natural o provocada.

II.III.VII Abuso sexual: Se refiere al contacto físico o comportamiento de naturaleza sexual que ocurre sin el consentimiento explícito de la persona.

II.III.VIII Gestación: Es el período de tiempo que transcurre entre la concepción y el nacimiento

II.III.IX Puerperio: Periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino

II.III.X Riesgo Obstétrico: Es una condición médica o sociodemográfica que puede aumentar el riesgo de morbilidad en la madre y el feto.

II.III.XI Riesgo biológicos: Consiste en la exposición del ser humano a microorganismos, o sustancias derivadas de un organismo, que plantea una amenaza o riesgo para la salud humana.

II.III.XII Salud mental: Es el estado de bienestar emocional, psicológico y social de una persona.

II.III.XIII Prenatal: Se refiere a todo lo que sucede antes del nacimiento de un bebé, durante el embarazo de una mujer.

II.III.XIV Cuidado del embarazo: También conocido como cuidado prenatal, es la atención médica que se recibe durante el embarazo.

II.III.XV Educación sexual: Proceso de enseñanza-aprendizaje que busca que los niños y jóvenes tengan los conocimientos y habilidades para vivir con salud y dignidad.

II.III.XVI Planificación familiar: Es el derecho de las personas a decidir si tener hijos, cuántos y cuándo.

II.IV Marco legal

II.IV.I Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

Introducción

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino

que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados. Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo. Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la

vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
- valoración del riesgo obstétrico
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos

- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo)
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
- promoción de la lactancia materna exclusiva
- promoción y orientación sobre planificación familiar
- medidas de autocuidado de la salud

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio,

factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contra referencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas: durante el embarazo y al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al Apéndice.

5.3.2.3 El manejo de la prematuridad, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- ✓ Tipo de parto
- ✓ Fecha y hora del nacimiento
- ✓ Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas
- ✓ Inicio de alimentación a seno materno
- ✓ En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe

realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura
- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D_μ y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotropina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotropina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel

unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente

5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño

5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral

5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias

5.10.1.12 Esquema de vacunación

5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto

5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito

5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada

5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11 Registro e información

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atienda el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el

certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

Capitulo III Marco metologico

III.I Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
Elección del tema																								
Planteamiento del problema																								
Pregunta de investigación																								
Revisión de Protocolo																								
Objetivos																								
Justificación																								
Revisión de bibliografías																								
Revisión de protocolo																								
Marco teórico																								
Marco referencial																								
Marco conceptual																								
Marco legal																								
Revisión de protocolo																								
Marco metologico																								
Cronograma de actividades																								
Operacionalizacion de variables																								
Tipo y diseño de investigación																								
Universo de estudio																								
Población y Muestra																								
Instrumento de recolección de datos																								
Revisión de Protocolo																								
Prueba piloto																								
Análisis y recolección de datos																								

III.II Operacionalizacion de variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operatoria	Tipo de variable	Escala	Ítems
Adolescencia	La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la adultez, generalmente comprendido entre los 10 y 19 años, marcado por cambios físicos, psicológicos y sociales, y la búsqueda de identidad	Mujeres adolescentes	Independiente	Nominal	
Edad	Un número cronológico basado en el número de meses o años transcurridos desde el nacimiento de una persona	Mujeres adolescentes	Independiente	Ordinal	10-12 13-15 16-19
Preeclampsia	Afección poco frecuente que se produce cuando una mujer tiene presión arterial alta y exceso de proteínas en la orina inmediatamente después del parto	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	a)preeclampsia b)eclampsia c)ambas d)ninguna
Eclampsia	La eclampsia es una complicación grave del embarazo que se caracteriza por	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No

	<p>convulsiones generalizadas. Es una emergencia médica que pone en riesgo la vida de la madre y el feto</p>				
Anemia	<p>La anemia es una enfermedad que se produce cuando el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Esto puede deberse a una disminución en la cantidad de hemoglobina en los glóbulos rojos</p>	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Diabetes gestacional	<p>La diabetes gestacional es una afección que se presenta durante el embarazo y que se caracteriza por niveles altos de glucosa en la sangre</p>	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Endometritis puerperal	<p>La endometritis puerperal es una infección uterina que se produce después del parto. Es una causa frecuente de fiebre en el posparto</p>	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Infecciones sistémicas	<p>Las infecciones sistémicas son un grupo de enfermedades que afectan a</p>	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No

	todo el cuerpo. Durante el embarazo, la influencia de estas enfermedades en el feto depende de la patología subyacente				
Desgarro vaginal	Es una lesión en el tejido que rodea la vagina y el perineo, que puede ocurrir durante el parto o por otras causas.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Bajo peso al nacer	Término que se usa para describir a un bebé que pesa menos de 2,500 gramos (5 libras y 8 onzas) al nacer.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Parto prematuro	Cuando un bebé nace vivo antes de que se hayan completado 37 semanas de embarazo.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Malposiciones	se refieren a las posiciones anormales del feto dentro del útero que dificultan o complican el proceso del parto	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Atraso psicomotor	se refiere a un retraso en el desarrollo de las habilidades motoras y	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	a)atraso psicomotor b)alteraciones en el

	cognitivas de un niño				sistema nervioso c)ambas d)ninguna
Alteraciones en el neurodesarrollo	Son un grupo de trastornos que afectan el desarrollo normal del cerebro y del sistema nervioso, durante la infancia o la niñez, lo que puede influir en las habilidades cognitivas, motoras, emocionales y sociales de un individuo.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Muerte neonatal	Se refiere al fallecimiento de un recién nacido durante los primeros 28 días de vida.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	a)parto normal b)perdida
Menarquia temprana	Se refiere al inicio de la menstruación en una niña a una edad más temprana de lo que se considera promedio.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Ordinal	a)10-12 b)13-15 c)16- 19
Conocimiento de planificación familiar	Se refiere a la comprensión y el uso de métodos y estrategias para controlar el número y el momento de los hijos en una pareja.	Mujeres adolescentes	Independiente	Nominal	a)mucho b)poco c) nada

Bajo nivel socioeconómico	Se refiere a una posición dentro de la estructura social y económica de una sociedad caracterizada por ingresos limitados, acceso restringido a recursos y servicios, y generalmente, una menor calidad de vida.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	a) bueno b) regular c) malo
Antecedentes familiares	Son el registro de las enfermedades y afecciones de salud de una persona y sus parientes biológicos.	Mujeres adolescentes	independientes	Nominal	a) mujeres embarazadas a temprana edad b) complicaciones en el embarazo c) complicaciones en el parto d) ninguna
Acceso a servicios de salud	Es el derecho de las personas a recibir atención médica de calidad, oportuna y segura.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Presión de la pareja	Es coerción sexual, o en ocasiones conducta sexualmente agresiva puede ser verbal y emocional, en	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	a) presión de la pareja b) abuso sexual c) ninguno

	forma de declaraciones que te hacen sentir presión o culpa				
Abuso sexual	Se refiere al contacto físico o comportamiento de naturaleza sexual que ocurre sin el consentimiento explícito de la persona.	Mujeres adolescentes	Independiente	Nominal	Si No
Abandono escolar	Es cuando un estudiante deja la escuela sin terminar sus estudios	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Conflictos familiares	Es una situación de tensión o desacuerdo entre dos o más miembros de la familia	Mujeres adolescentes	Independiente	Nominal	Si No
Miedo	Es una emoción que se siente ante situaciones de peligro o amenaza, ya sean reales o imaginarias	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	a)miedo b)frustración c) ambos d)otros
Frustración	Es un sentimiento de insatisfacción o fracaso.	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No
Baja autoestima	Es la valoración negativa y persistente que una persona tiene de sí misma.	Mujeres adolescentes	Independiente	Nominal	a)buena b)regular c)mala
Depresión pos-parto	Es un trastorno mental que puede afectar a las mujeres	Mujeres adolescentes	Dependiente	Nominal	Si No

	después de dar a luz, Puede manifestarse como tristeza, ansiedad, desesperanza, o sentimientos de culpa.				
--	---	--	--	--	--

III.III Tipo y diseño de investigación

La siguiente investigación tiene un enfoque mixto ya que se combinan métodos y enfoques de investigación cualitativos y cuantitativos. Esto quiere decir que se emplean técnicas de recolección de datos tanto numéricos (como encuestas, estadísticas, análisis de datos) como no numéricas (como entrevistas, observaciones, análisis de contenido) para obtener una visión más completa y enriquecedora de los embarazos en adolescentes.

Tiene un alcance descriptivo porque se enfoca en describir las características de un fenómeno, suceso o situación y se busca proporcionar una descripción clara y precisa de las propiedades, cualidades o elementos involucrados en el objeto de estudio por lo que únicamente describiremos las complicaciones en los embarazos adolescentes.

Tiene un diseño transversal ya que el estudio se lleva a cabo en un solo momento del tiempo o en un periodo corto para analizar un fenómeno específico sin intervenir en su desarrollo a largo plazo. Es decir que el diseño transversal permite observar y analizar las variables o elementos de interés en un punto específico del tiempo en este caso de las complicaciones en los embarazos adolescentes.

III.IV Universo de estudio

Mujeres embarazadas adolescentes que ingresen al hospital materno infantil de Comitán en el periodo Enero- Abril 2025

III.IV.I Criterios de inclusión

1. Mujeres adolescentes embarazadas que entren en el rango de 10 a 19 años
2. Mujeres adolescentes embarazadas que ingresen al hospital materno infantil en el periodo Enero-Abril
3. Mujeres adolescentes embarazadas que estén en condiciones para responder
4. Mujeres adolescentes embarazadas que estén acompañadas por un familiar
5. Mujeres adolescentes embarazadas que presenten complicaciones en el embarazo

III.IV.II Criterios de exclusión

1. Mujeres adolescentes embarazadas que no entren en el rango de 10 a 19 años
2. Mujeres adolescentes embarazadas que no entren periodo Enero- Abril
3. Mujeres adolescentes embarazadas que no estén en condiciones para responder
4. Mujeres adolescentes embarazadas que no estén acompañadas de un familiar
5. Mujeres adolescentes embarazadas que no presenten complicaciones en el embarazo

III.V Población y muestra

No se tomara muestra ya que el universo de estudio es muy corto

III.VI Instrumento de recolección de datos

Complicaciones del embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad en el hospital materno infantil de Comitán de Domínguez Chiapas durante el periodo Enero-Abril 2025

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas y subraye la respuesta de acuerdo a su criterio y situación

1. ¿Cuántos años tiene?
 - A) 10-12
 - B) 13-15
 - C) 16-19
2. Durante el embarazo ¿presento preeclampsia o eclampsia?
 - A) Preeclampsia
 - B) Eclampsia
 - C) Ambas
 - D) Ninguna
3. ¿Durante el embarazo presento anemia?
 - A) Si
 - B) No
4. ¿presento diabetes gestacional?
 - A) Si
 - B) No
5. ¿Después del parto presento endometritis puerperal?
 - A) Si
 - B) No
6. ¿Durante el embarazo presento alguna infección sistémica?
 - A) Si
 - B) No
7. ¿Su parto se llevó con normalidad o hubo pérdida?
 - A) Normal
 - B) Perdida

8. ¿Durante el parto presento desgarro vaginal?
- A) Si
 - B) No
9. ¿Su bebe tuvo bajo peso al nacer?
- A) Si
 - B) No
10. ¿Su parto fue prematuro?
- A) Si
 - B) No
11. ¿Durante la gestación, su bebe presento mal posiciones?
- A) Si
 - B) No
12. ¿Su bebe presento atraso psicomotor o alteraciones en el sistema nervioso?
- A) Atraso psicomotor
 - B) Alteraciones en el sistema nervioso
 - C) Ambas
 - D) Ninguna
13. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?
- A) 10-12
 - B) 13-15
 - C) 16-19
14. ¿Qué tanto conoces de planificación familiar?
- A) Mucho
 - B) Poco
 - C) Nada
15. ¿Cómo consideras tu nivel socioeconómico?
- A) Bueno
 - B) Regular
 - C) Malo
16. ¿Tienes familiares que hayan sido madres a temprana edad o hayan tenido complicaciones durante el embarazo y el parto?
- A) Madres a temprana edad

B) Complicaciones en el embarazo

C) Complicaciones en el parto

D) Ninguna

17. ¿en su familia habían conflictos que la orillaron a dicha situación?

A) Si

B) No

18. ¿Tienes acceso a servicios de salud?

A) Si

B) No

19. ¿Cómo considera su autoestima?

A) Buena

B) Regular

C) Mala

20. ¿En algún momento se sintió presionada por su pareja para dar este paso o sufrió abuso sexual?

A) Presión de la pareja

B) Abuso sexual

C) Ninguno

21. ¿tuvo que abandonar sus estudios debido a su embarazo?

A) Si

B) No

22. ¿cuándo se enteró de su embarazo sintió miedo o frustración?

A) Miedo

B) Frustración

C) Ambos

D) Otros.

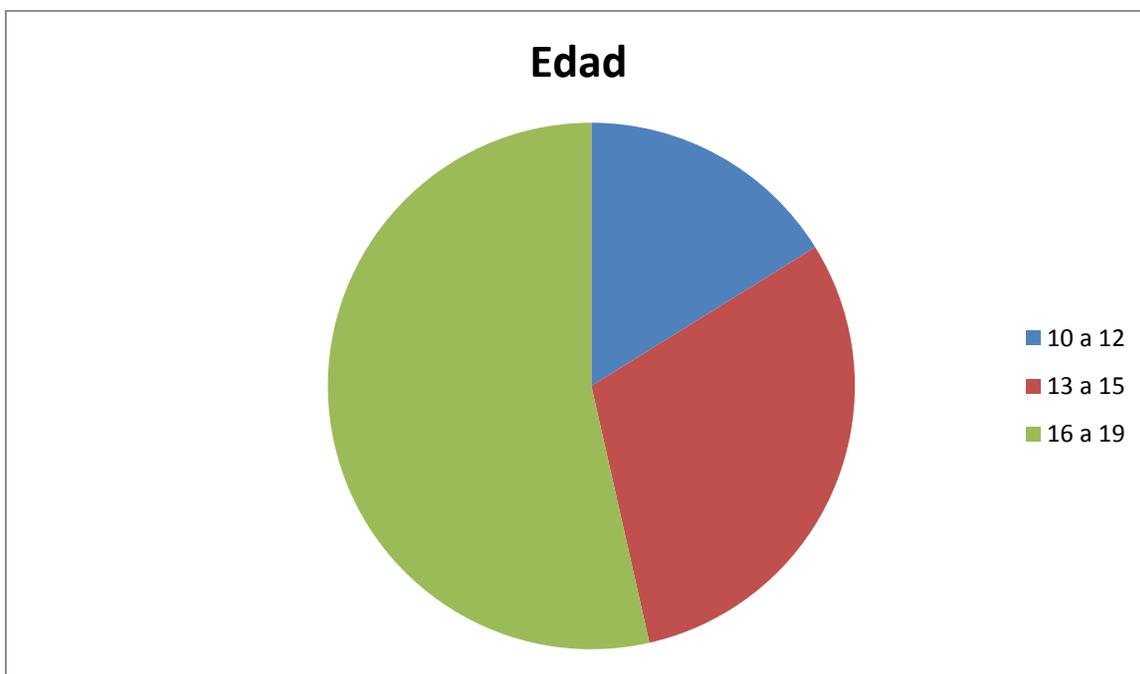
23. ¿Después de dar a luz presento depresión pos-parto?

A) Si

B) No

Capítulo IV

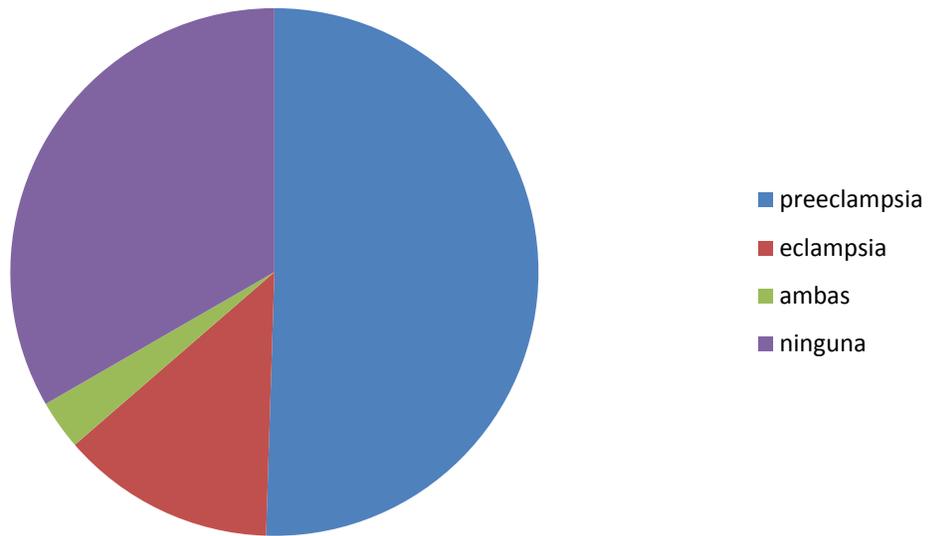
Análisis y recolección de datos



Edad		
10-12	5	16%
13-15	9	30%
16-19	16	53%
Total	30	100%

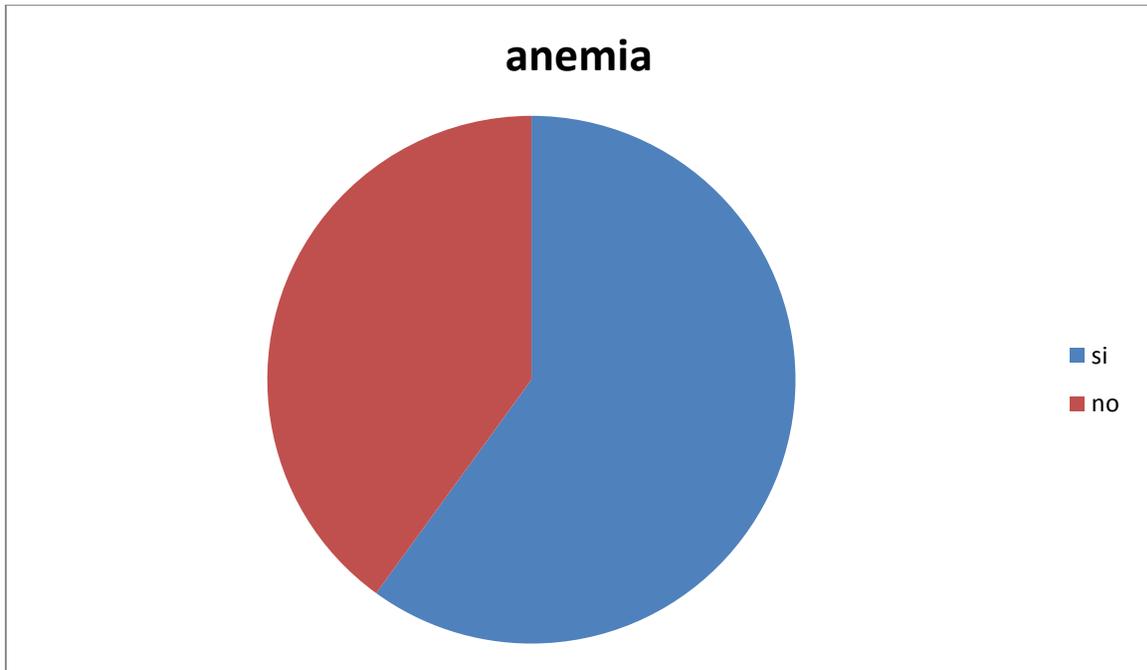
Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad de las cuales se les clasifico según su edad encontrando 5 mujeres embarazadas entre los 10 a 12 años que equivale al 16%, 9 mujeres embarazadas entre 13 y 15 años que equivale al 30% y 16 mujeres embarazadas entre los 16 a 19 años de edad con un porcentaje del 53% siendo este el mayor rango de edad encuestada.

Preeclampsia o eclampsia



Durante el embarazo ¿presento preeclampsia o eclampsia?		
preeclampsia	15	50%
Eclampsia	4	13%
ambas	1	3%
ninguna	10	33%
Total	30	100%

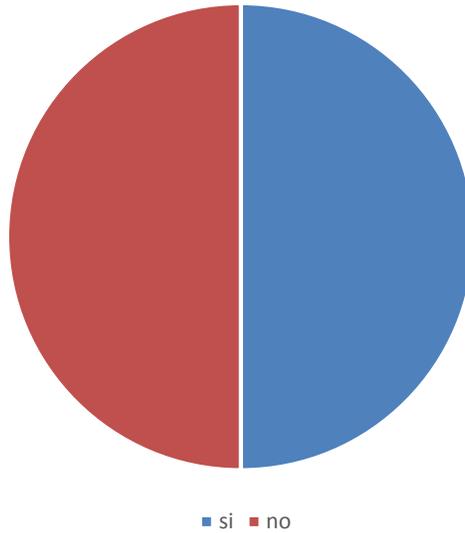
Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si durante el embarazo presentaron preeclampsia o eclampsia, dando como resultado que 15 mujeres embarazadas padecieron preeclampsia lo que equivale al 50%, 4 mujeres embarazadas a temprana edad padecieron eclampsia lo que corresponde al 13%, 1 mujer embarazada a temprana edad padeció ambas lo que corresponde al 3% y 10 mujeres embarazadas que no padecieron ninguna lo que corresponde al 33%. Siendo la preeclampsia la mayor complicación



¿Durante el embarazo presento anemia?		
si	18	60%
no	12	40%
Total	30	100%

Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si durante el embarazo presentaron anemia, de las cuales 18 mujeres embarazadas padecieron anemia que corresponde al 60% y 12 no presentaron anemia que corresponde al 40% dando como resultado que la mayoría de las mujeres adolescentes embarazadas si presentaron anemia.

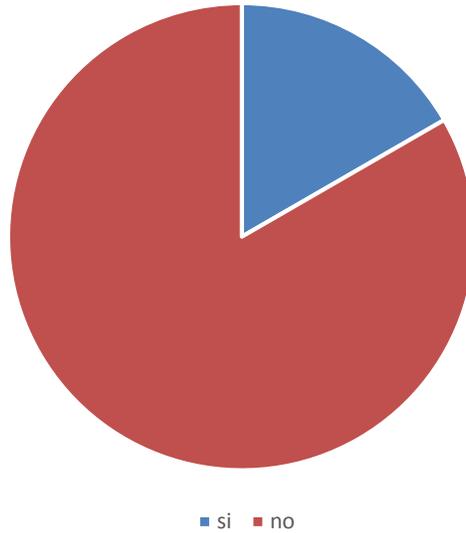
Diabetes gestacional



¿Presento diabetes gestacional?		
Si	15	50%
No	15	50%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si durante el embarazo presentaron diabetes gestacional de las cuales 15 mujeres embarazadas a temprana edad si presentaron diabetes gestacional lo que corresponde al 50% y 15 mujeres no presentaron diabetes gestacional lo cual corresponde al 50%, dando como resultado que mitad de la población si presento diabetes gestacional y la otra mitad no.

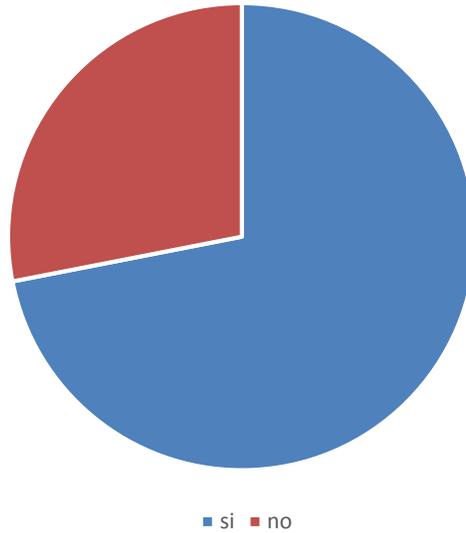
Endometritis puerperal



¿Después del parto presento endometritis puerperal?		
Si	5	16%
no	25	83%
Total	30	100%

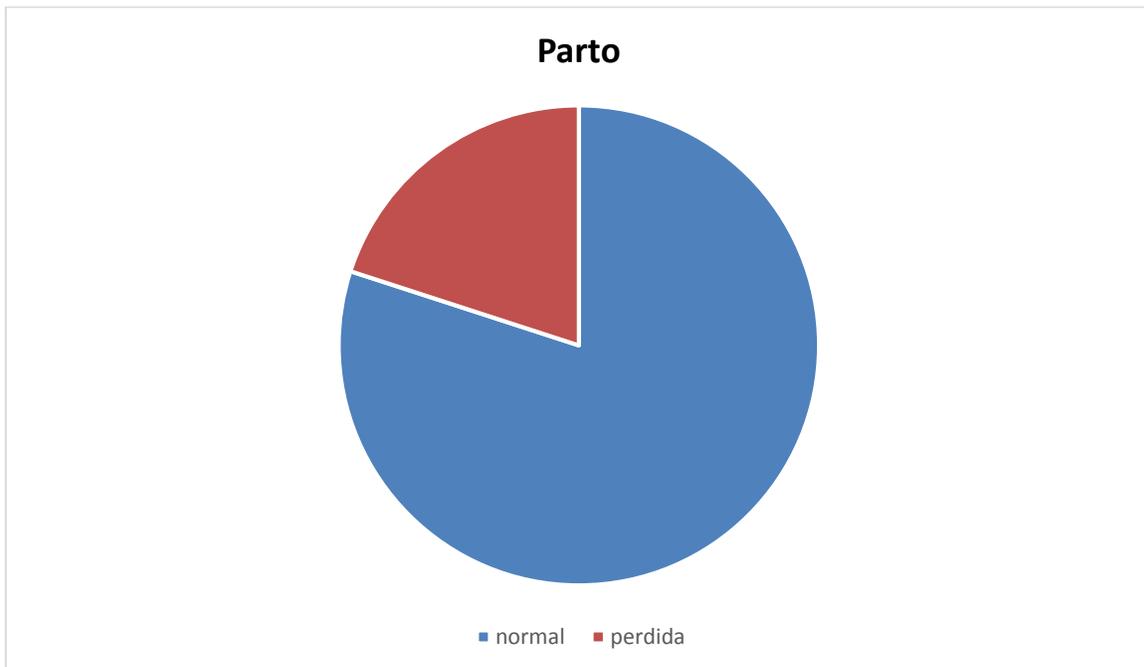
Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si después del parto presentaron endometritis puerperal de las cuales 5 mujeres embarazadas a temprana edad si presentaron endometritis puerperal que corresponde al 16% y 25 mujeres embarazadas a temprana edad no presentaron endometritis puerperal lo cual corresponde al 83%, resaltando que 5 mujeres si presentaron endometritis puerperal.

Infeccion sisemica



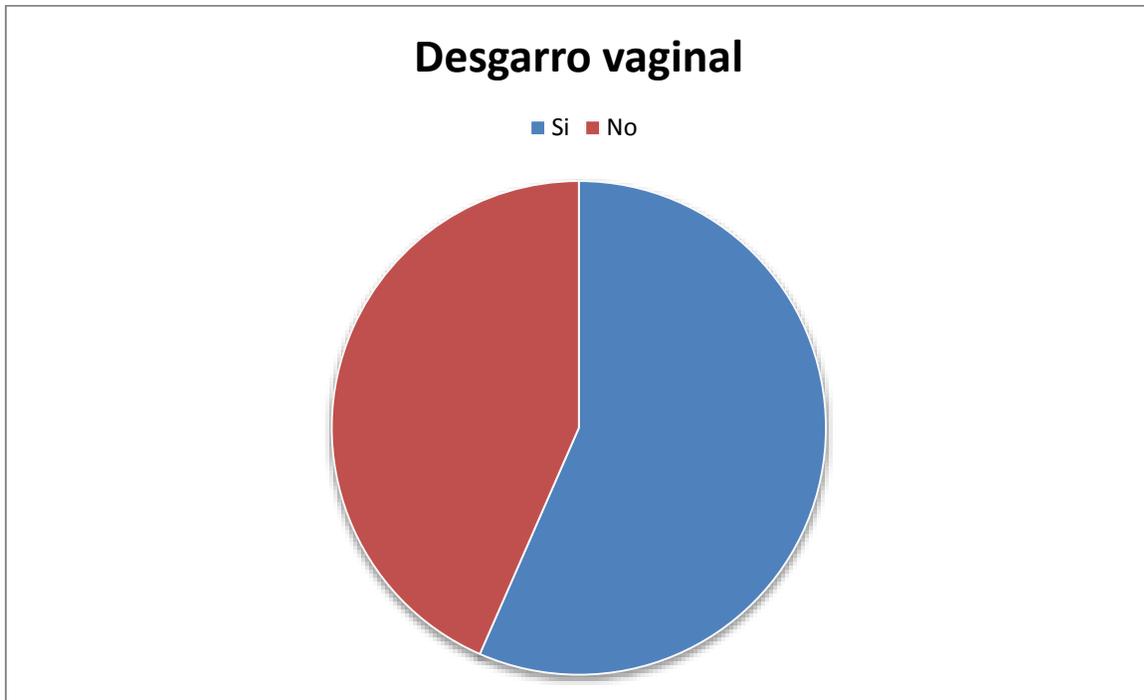
¿Durante el embarazo presento alguna infección sistémica?		
Si	9	30%
No	21	70%
Total	30	100%

Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si durante el embarazo presento alguna infección sistémica de las cuales 9 mujeres embarazadas a temprana edad si presentaron infección sistémica que corresponde al 30% y 21 mujeres embarazadas a temprana edad no presentaron infección sistémica que corresponde al 70%, resaltando que 9 mujeres embarazadas a temprana edad si presentaron infección sistémica.



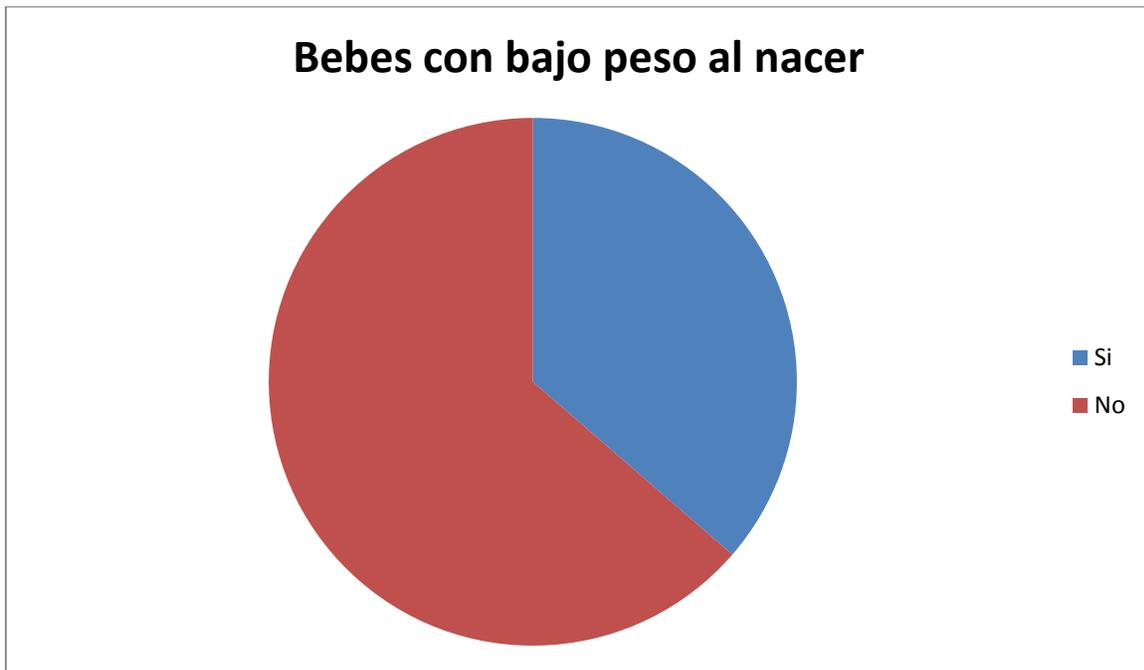
¿Su parto se llevó con normalidad o hubo pérdida?		
Normal	24	80%
Perdida	6	20%
Total	30	100%

Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad a las cuales se les pregunto si su parto se llevó con normalidad o hubo pérdida de las cuales 24 mujeres embarazadas a temprana edad llevaron su parto con normalidad que corresponde al 80% y 6 mujeres embarazadas a temprana edad tuvieron perdida del bebe que corresponde al 20%, recalando que 6 mujeres embarazadas a temprana edad perdieron a su bebe durante el parto.



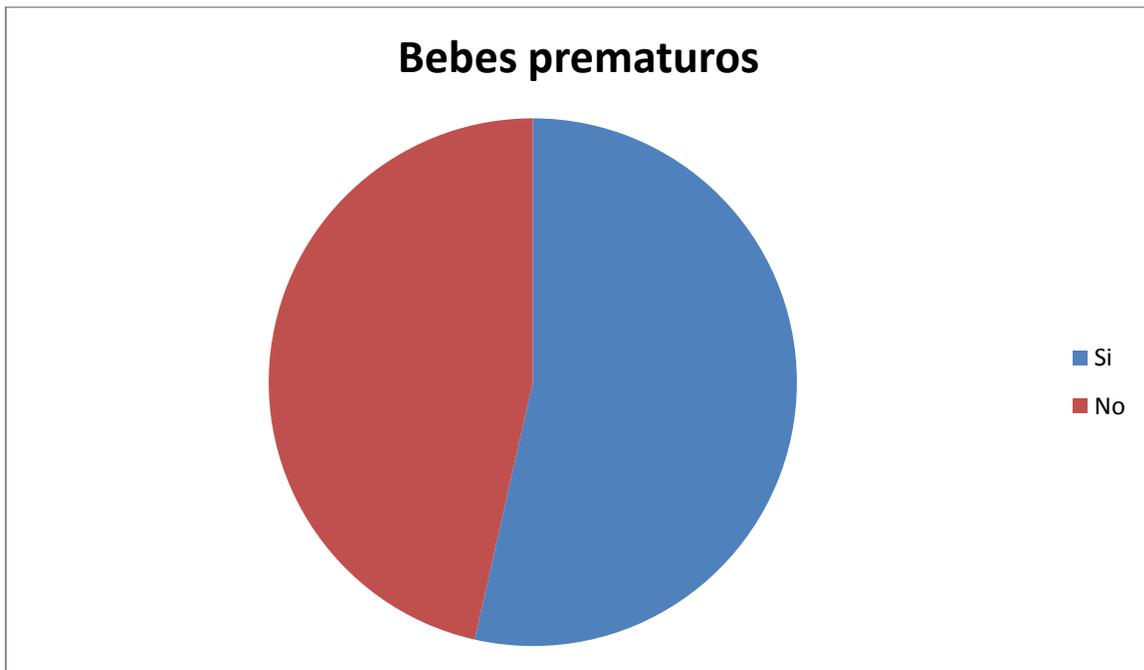
¿Durante el parto presento desgarro vaginal?		
Si	17	56%
No	13	43%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad a las cuales se les pregunto si en su parto presento desgarro vaginal, de las cuales 17 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que si presentaron desgarro vaginal durante el parto, que corresponde al 56% y 13 mujeres embarazadas a temprana edad no presentaron desgarro vaginal que corresponde al 43% de las mujeres embarazadas a temprana edad, dando como resultado que 17 mujeres embarazadas a temprana edad si presentaron desgarro vaginal durante el parto.



¿Su bebe tuvo bajo peso al nacer?		
Si	11	36%
No	19	63%
Total	30	100%

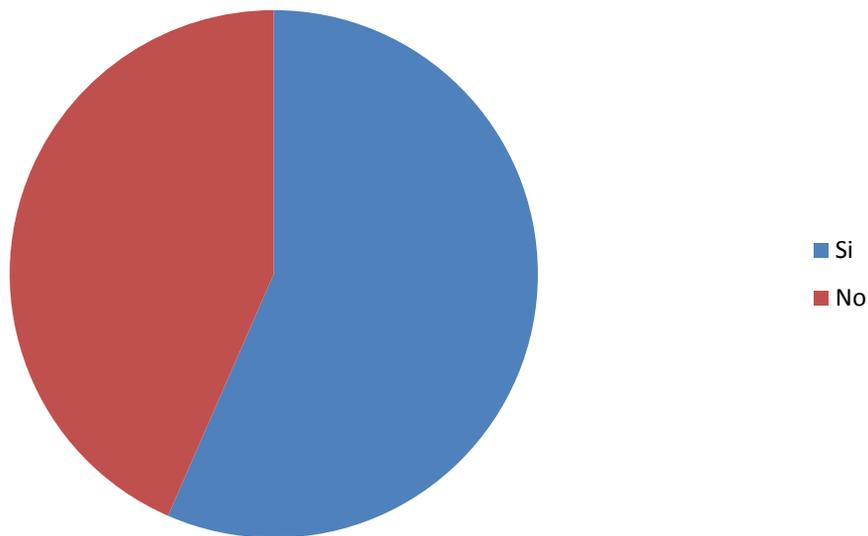
Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si su bebe presento bajo peso al nacer de las cuales 11 mujeres respondieron que su bebe si presento bajo peso al nacer que corresponde a un 36% y las otras 19 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que su bebe no había presentado bajo peso al nacer, dando como resultado que 11 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que sus bebes si presentaron bajo peso al nacer.



¿Su parto fue prematuro?		
Si	16	53%
No	14	46%
Total	30	100%

Se encuestaron a 30 mujeres embarazadas a temprana edad. A las cuales se les cuestiono si su parto fue prematuro, de las cuales 16 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que si tuvieron un parto prematuro, lo cual corresponden al 53% y las otras 14 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que no tuvieron un parto prematuro lo cual corresponde al 46%, dando como resultado que 16 mujeres adolescentes embarazadas si tuvieron un parto prematuro.

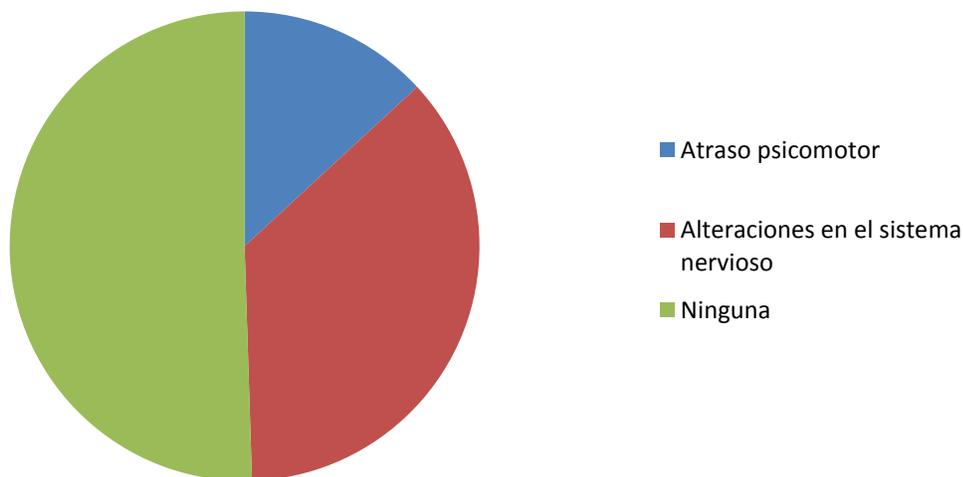
Su bebe presento mal posiciones



¿Durante la gestación, su bebe presento mal posiciones?		
Si	17	56%
No	13	43%
Total	30	100%

Se encuestaron a 30 mujeres embarazadas a temprana edad. A las cuales se les cuestiono si durante la gestación, su bebe presento mal posiciones, de las cuales 17 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que sus bebes si presentaron mal posiciones durante la gestación, lo cual corresponde al 56% y las otras 13 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que su bebe no presento mal posiciones durante la gestación, lo cual corresponde al 43% dando como resultado que 17 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que su bebe presento mal posiciones durante la gestación.

Atraso psicomotor o alteraciones en el sistema nervioso

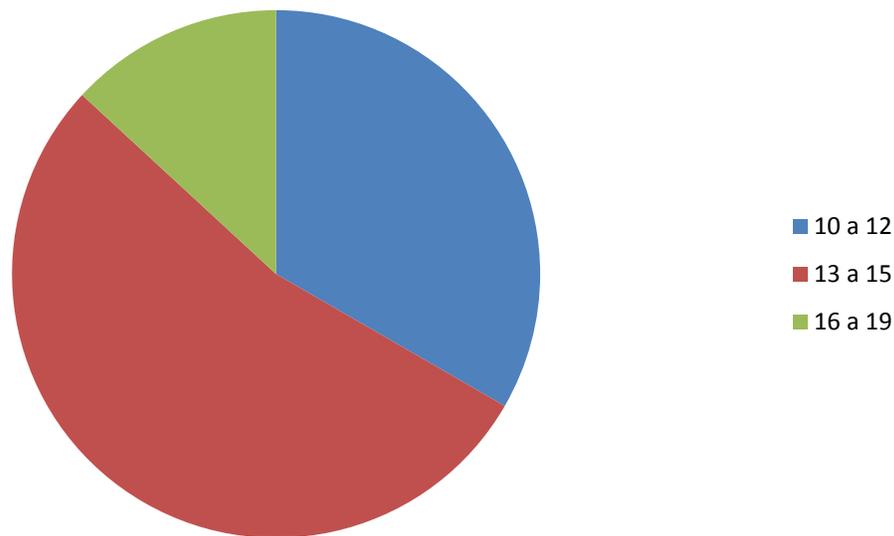


¿Su bebe presenta atraso psicomotor o alteraciones en el sistema nervioso?

Atraso psicomotor	4	13%
Alteraciones en el sistema nervioso	11	36%
Ninguna	15	50%
Total	30	100%

Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si su bebe presento atraso psicomotor o alteraciones en sistema nervioso, de las cuales 4 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que sus bebes si presentaron atraso psicomotor lo que corresponde al 13%, otras 11 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que sus bebes presentaron alteraciones en el sistema nervioso lo que corresponde al 36% y por ultimo las 15 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que sus bebes no presentaron ninguna lo que corresponde al 50%. Dando como resultado que 11 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que su bebe tuvo alteraciones en el sistema nervioso.

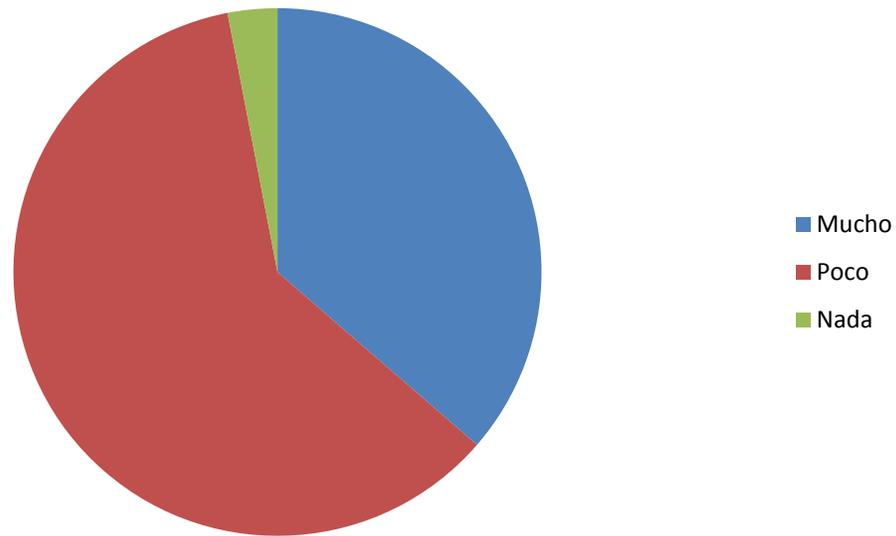
Edad de la primera menstruacion



¿A qué edad tuvo su primera menstruación'		
10-12	10	33%
13-15	16	53%
16-19	4	13%
Total	30	100%

Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les clasifíco a los cuantos años tuvieron su primera menstruación, de las cuales 10 mujeres embarazadas a temprana edad presentaron su primera menstruación entre los 10 a 12 años lo que equivale al 33%, otras 16 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron entre los 13 a 15 años lo que equivale al 53% y las ultimas 4 mujeres respondieron entre los 16 a 19 años de edad lo que equivale al 13%, dando como resultado que 16 mujeres embarazadas tuvieron su primera menstruación entre los 13 a 15 años de edad siendo este el mayor rango de edad.

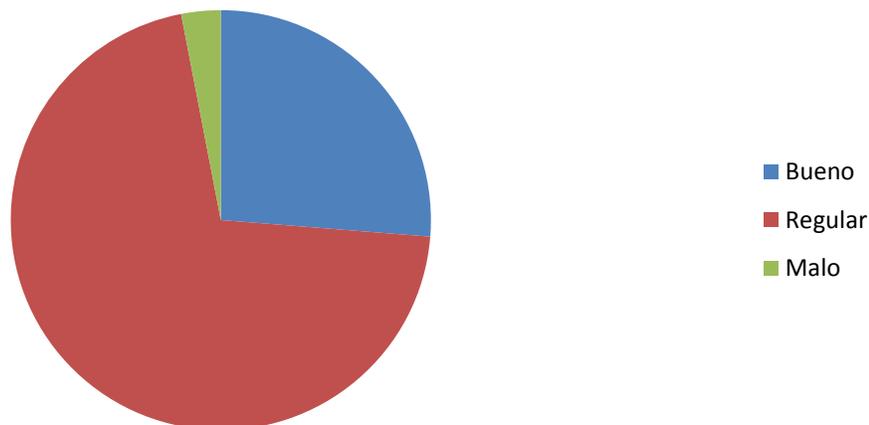
Conocimiento de planificación familiar



¿Qué tanto conoces de planificación familiar?		
Mucho	11	36%
Poco	18	60%
Nada	1	3%
Total	30	100%

Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, las cuales se les cuestiono si tienen conocimiento sobre planificación familiar, de las cuales 11 mujeres embarazadas a temprana edad si tienen mucho conocimiento de planificación familiar lo que equivale al 36%, 18 mujeres embarazadas a temprana edad tienen poco conocimiento de planificación familiar lo que equivale al 60% y por ultimo 1 mujer embarazada a temprana edad respondió que no conoce nada de planificación familiar, dando como resultado que 18 mujeres embarazadas a temprana edad conocen poco de planificación familiar.

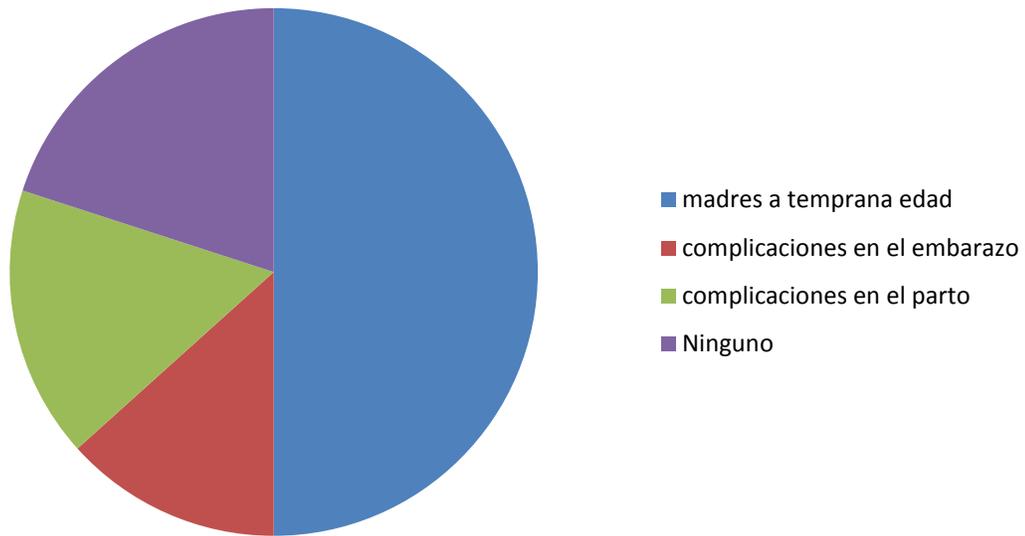
Nivel socioeconómico



¿Cómo consideras tu nivel socioeconómico?		
Bueno	8	26%
Regular	21	70%
Malo	1	3%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, las cuales se les cuestionó como consideraban su nivel socioeconómico, las cuales 8 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que tiene un buen nivel socioeconómico lo que equivale al 26%, 21 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que su nivel socioeconómico es regular lo que equivale al 70%, 1 mujer embarazada respondió que su nivel socioeconómico es malo lo que equivale al 3%, dando como resultado que la mayoría de las mujeres adolescentes embarazadas consideran regular su nivel socioeconómico.

Antecedentes familiares

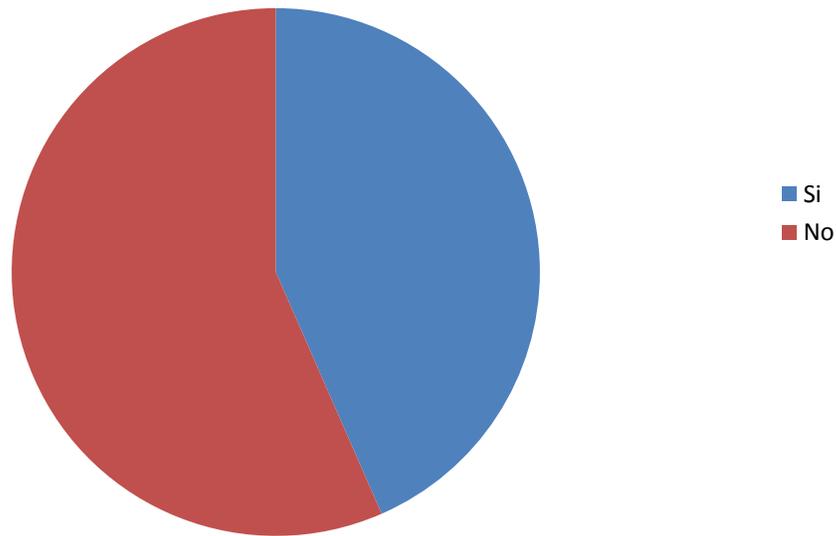


¿Tiene familiares que haya sido madre a temprana edad o hayan tenido complicaciones durante el embarazo y el parto?

Madres a temprana edad	15	50%
Complicaciones en el embarazo	4	13%
Complicaciones en el parto	5	16%
Ninguna	6	20%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, las cuales se les cuestiono si tienen familiares que hayan sido madres a temprana edad o hayan tenido complicaciones durante el embarazo y el parto los cuales 15 mujeres refirieron que sus familiares fueron madres a temprana edad lo cual equivale al 50% y 4 mujeres presentaron que sus familiares contaron con complicaciones en el embarazo lo que equivale al 13% y 5 mujeres señalaron que sus familiares tuvieron complicaciones en el parto lo que equivale al 20% dando como resultado que la mayoría de las mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que tienen antecedentes familiares de madres a temprana edad.

conflictos que la orillaron a dicha situacion

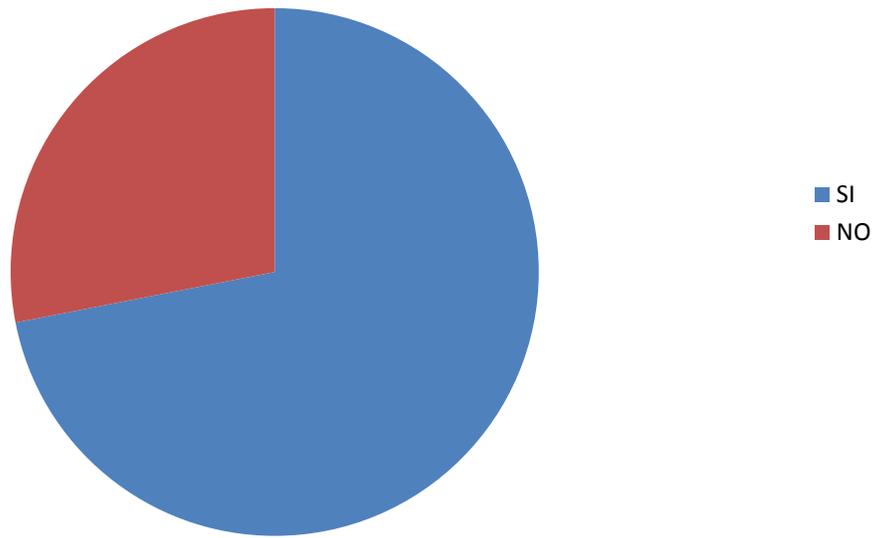


¿En su familia había conflictos que la orillaron a dicha situación?

Si	13	43%
No	17	56%
Total	30	100%

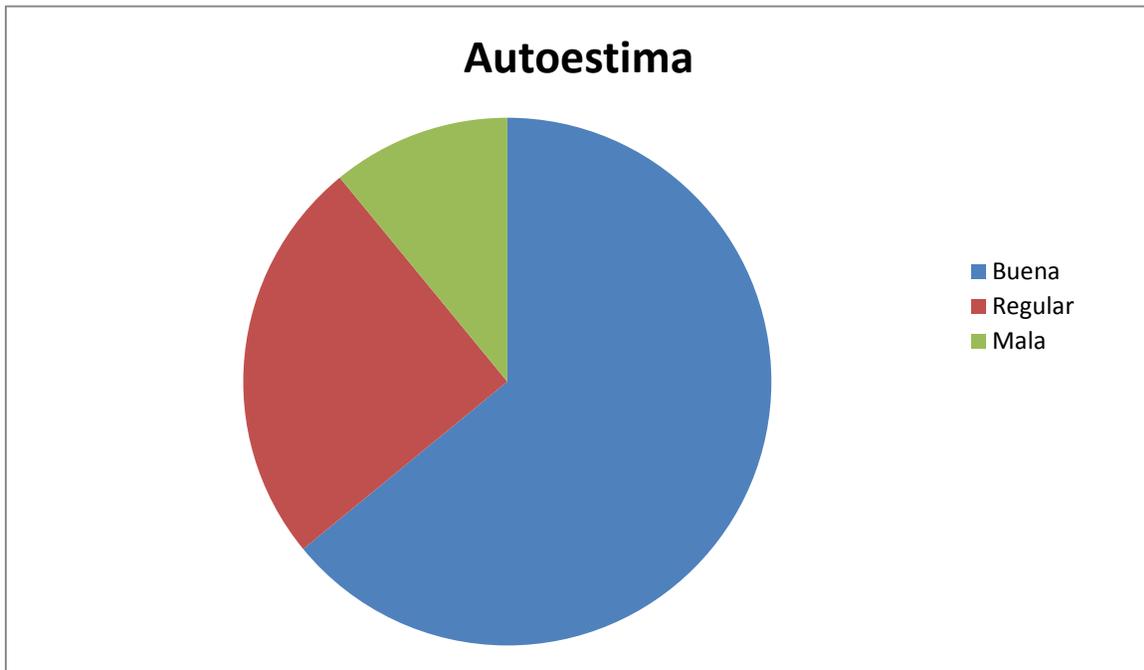
Se encuestaron a un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, a las cuales se les cuestiono si en su familia habían conflictos que la orillaron a dicha situación de las cuales 13 mujeres respondieron que si lo que equivale al 43%,17 mujeres embarazadas refirieron que no lo que equivale al 56%, resaltando que 13 mujeres embarazadas a temprana edad tenían conflictos familiares que las orillaron a dicha situación

Acceso a servicios de salud



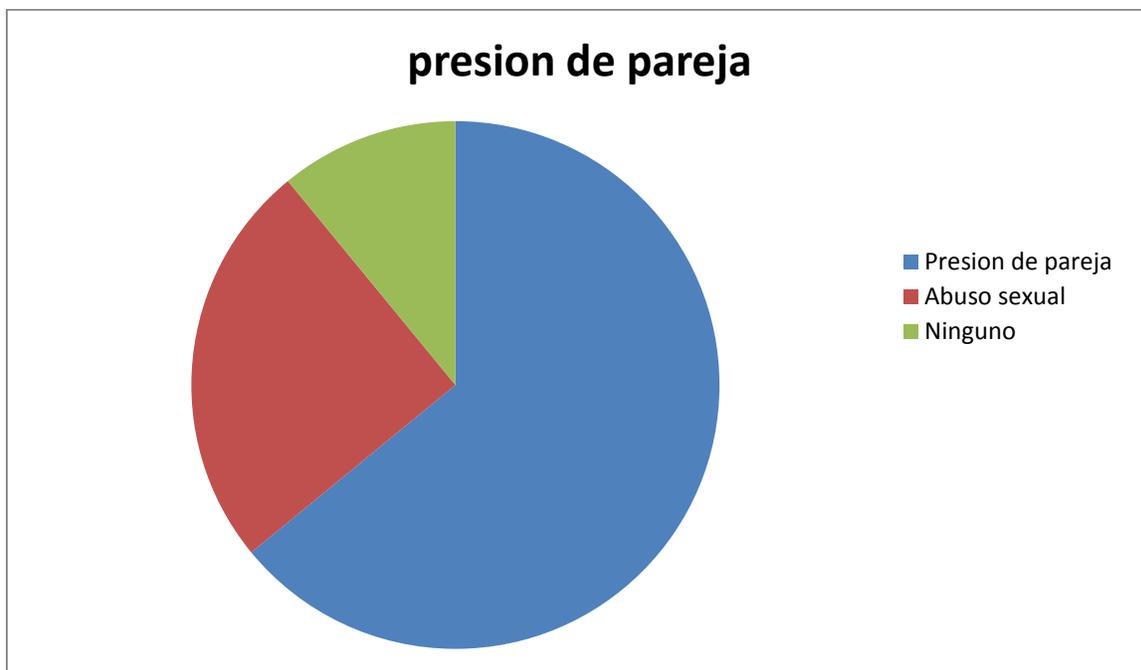
¿Tiene acceso a servicio de salud?		
Si	16	53%
No	14	46%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad a las cuales se les cuestiono si tenían acceso a servicios de salud de las cuales 16 mujeres embarazadas a temprana edad contestaron que si lo que equivale al 53%, 14 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que no lo que equivale al 46% dando como resultado que la mayoría de mujeres embarazadas a temprana edad cuentan con servicios de salud.



¿Cómo se considera su autoestima?		
Buena	16	53%
Regular	12	40%
Mala	2	6%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad, los cuales 16 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que cuentan con una buena autoestima lo que equivale al 53%, 12 mujeres embarazadas a temprana edad tienen una autoestima regular que equivale al 40%, 2 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que poseen mala autoestima equivale al 6%, dado como resultado que la mayoría de las mujeres adolescentes embarazadas consideran buena su autoestima.

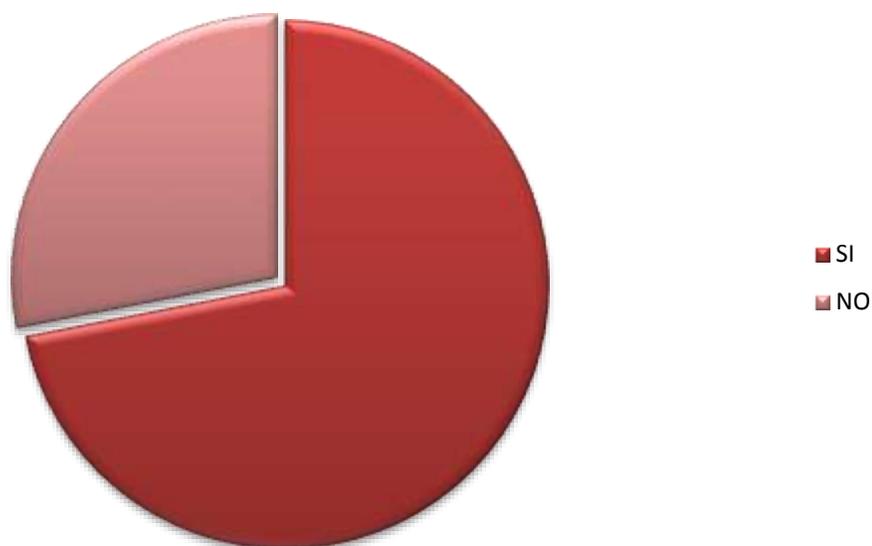


¿En algún momento se sintió presionada por su pareja para dar este paso o sufrió abuso sexual?

Presión de la pareja	7	23%
Abuso sexual	2	6%
Ninguno	21	70%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad a las cuales se les cuestiono si se sintieron presionadas por su pareja o sufrieron abuso sexual de las cuales 7 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que fue por presión de la pareja lo que equivale al 23%, 2 mujeres embarazadas a temprana edad contestaron que fue por abuso sexual y equivale al 6%, 21 mujeres respondieron Ninguno lo que equivale al 70% resaltando que 7 mujeres adolescentes embarazadas se sintieron presionadas por su pareja.

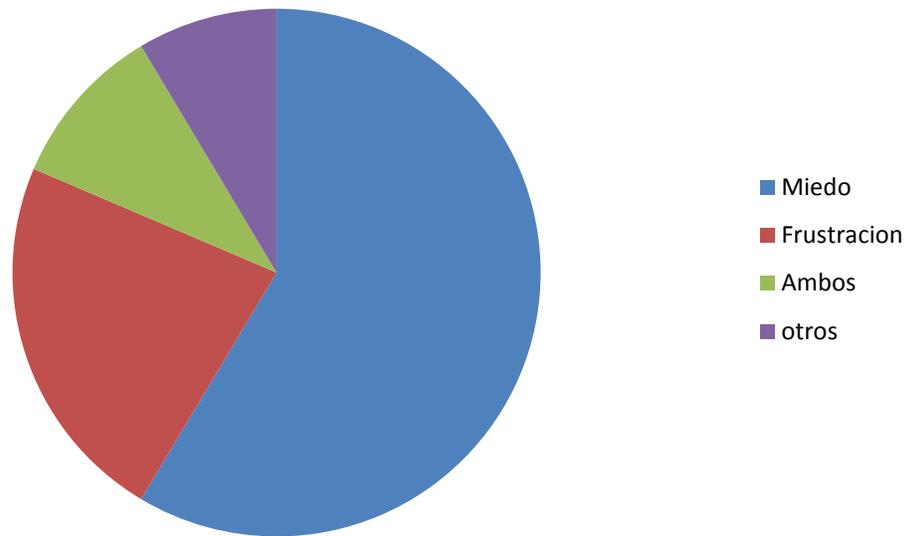
Abandono de estudio



¿Tuvo que abandonar sus estudios debido a su embarazo?		
Si	20	66%
No	10	33%
Total	30	100%

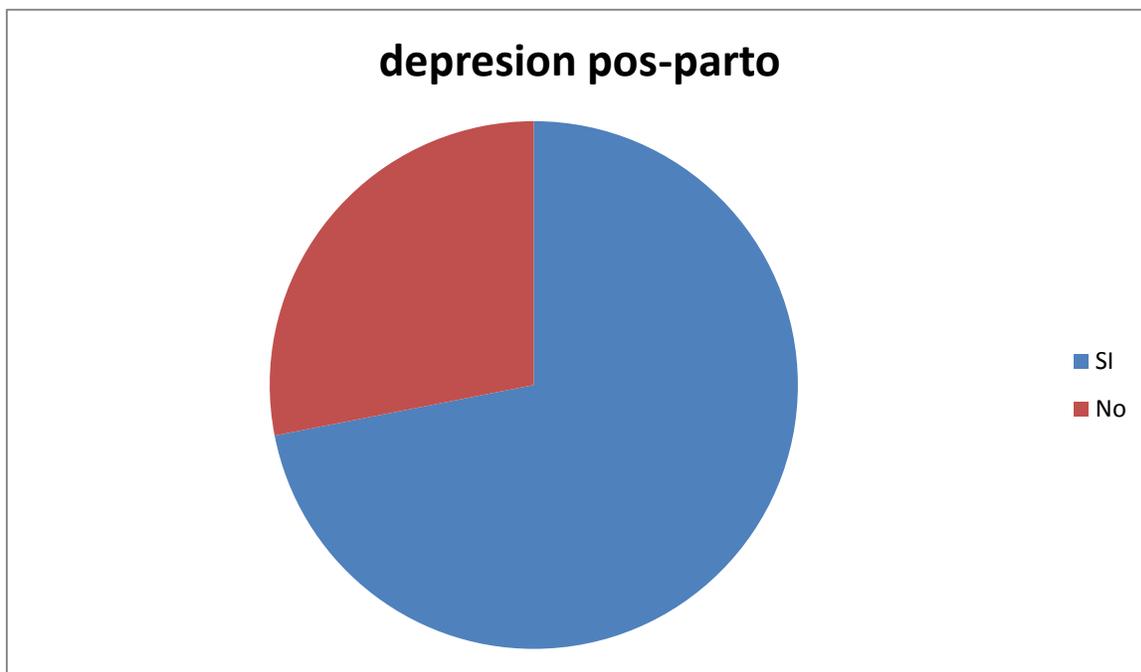
Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad a las cuales se les cuestiono si tuvieron que abandonar la escuela debido a su embarazo de las cuales 20 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que si abandonaron sus estudios debido al embarazo lo que equivale al 66%,10 mujeres embarazadas contestaron que no lo que equivale al 33%, obtuvimos como resultado que 20 mujeres embarazadas a temprana edad tuvieron que abandonar sus estudios

Reaccion del embarazo



¿Cuándo se enteró de su embarazo sintió miedo o frustración?		
Miedo	15	50%
Frustración	4	13%
Ambos	1	3%
Otros	10	33%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad a las cuales se les cuestiono que sintieron cuando se enteraron de su embarazo si sintieron miedo o frustración a lo cual 15 mujeres embarazadas contestaron que sintieron miedo lo que equivale al 50%, 4 mujeres embarazadas presentaron frustración lo que equivale al 13%, 1 mujer embarazada ambos que equivale al 3%, 10 mujeres embarazadas a temprana edad respondieron que otros lo que equivale al 33%, dando como resultado que la mayoría de las mujeres adolescentes embarazadas sintieron miedo al enterarse que estaban embarazadas.



¿Después de dar a luz presento depresión pos-parto?		
Si	12	40%
No	18	60%
Total	30	100%

Se encuestaron un total de 30 mujeres embarazadas a temprana edad los cuales se les cuestiono si después de dar a luz presento depresión pos-parto de las cuales 12 mujeres embarazadas a temprana edad dijeron que presentaron depresión pos-parto después de dar a luz lo que corresponde al 40%,18 mujeres embarazadas a temprana edad contestaron que no presentaron depresión pos-parto, recalcando que 12 mujeres adolescentes embarazadas a temprana edad presentaron depresión posparto.

Conclusión

El embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública que afecta a múltiples dimensiones de la vida de las jóvenes, especialmente cuando ocurre en contextos de vulnerabilidad social y educativa. En el análisis de la población encuestada de mujeres adolescentes embarazadas, se observa que la mayoría se encuentra entre los 16 y 19 años (53%), aunque también se presentan casos alarmantes en niñas de 10 a 12 años (16%) y de 13 a 15 años (30%). Estos datos evidencian que el inicio temprano de la vida sexual y reproductiva continúa siendo una realidad preocupante.

Las complicaciones durante el embarazo fueron múltiples y significativas. La anemia fue la complicación más frecuente, afectando al 60% de las adolescentes, seguida de cerca por la preeclampsia y la diabetes gestacional, ambas presentes en el 50% de los casos. Además, el 56% de las adolescentes presentó desgarros vaginales durante el parto, lo que muestra la vulnerabilidad física de sus cuerpos aún en desarrollo para afrontar un embarazo y un parto.

Respecto a las condiciones neonatales, los datos también son preocupantes. El 56% de los recién nacidos presentó prematuridad, una condición que implica riesgos de salud a corto y largo plazo. Del mismo modo, el 56% presentó mal posiciones, lo que puede derivar en partos complicados y requerir intervenciones médicas adicionales.

Otro aspecto alarmante es el bajo conocimiento en planificación familiar, ya que el 60% de las adolescentes reconoce saber poco al respecto. Esto pone en evidencia una deficiencia en la educación sexual integral, que contribuye al inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección ni conciencia de las consecuencias. A esto se suma que el 50% de las jóvenes tiene antecedentes familiares de embarazos a temprana edad, lo que sugiere la reproducción de patrones intergeneracionales de maternidad precoz.

El embarazo en la adolescencia también tiene un fuerte impacto en el ámbito educativo y social. El 66% de las jóvenes abandonaron sus estudios a causa del embarazo, lo que reduce significativamente sus oportunidades de desarrollo personal y profesional. Además, el 70% se ubica en un nivel socioeconómico regular, lo cual puede influir en la falta de acceso a servicios de salud, educación y oportunidades laborales. Emocionalmente, el 50% de las adolescentes manifestó miedo al enterarse de su embarazo, lo cual refleja la falta de preparación, apoyo emocional y orientación en un momento crucial de sus vidas.

En conjunto, los datos presentados permiten concluir que el embarazo en adolescentes es una problemática compleja que va más allá del acto biológico de la reproducción. Se relaciona estrechamente con factores como la pobreza, la falta de educación sexual, la repetición de patrones familiares, el abandono escolar y las complicaciones de salud tanto para la madre como para el bebé. Es urgente fortalecer las estrategias de prevención, incluyendo programas de educación sexual integral desde edades tempranas, acceso a servicios de salud y planificación familiar, así como el acompañamiento psicosocial a las adolescentes. Solo mediante un enfoque integral y multisectorial se podrá reducir el impacto del embarazo en adolescentes y garantizar mejores oportunidades para las futuras generaciones.

Sugerencias y propuestas

El embarazo en adolescentes representa una problemática de salud pública que conlleva múltiples riesgos tanto para la madre como para el bebé. Entre las principales complicaciones se encuentran la preeclampsia, el parto prematuro, el bajo peso al nacer, la anemia, complicaciones durante el parto, así como consecuencias psicológicas como la depresión posparto y el aislamiento social. Estas complicaciones suelen estar asociadas a la falta de control prenatal oportuno, la escasa educación en salud, el estigma social, la desinformación, y el limitado acceso a servicios médicos y apoyo emocional adecuado.

Este plan de mejora tiene como objetivo general reducir la incidencia y el impacto de las complicaciones derivadas del embarazo adolescente, a través de un enfoque integral que combine la atención médica oportuna, el acompañamiento psicológico, la educación en salud y la articulación con la familia, la comunidad y el sistema educativo.

En primer lugar se propone Implementar o fortalecer programas de Educación Sexual Integral en escuelas. Es una herramienta fundamental para prevenir embarazos en la adolescencia. Implementar o fortalecer estos programas en el ámbito escolar consiste en incorporar contenidos educativos que aborden de forma científica, gradual, respetuosa y adaptada a cada etapa del desarrollo temas relacionados con la sexualidad, el cuerpo, las relaciones afectivas, los métodos anticonceptivos, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte se propone fortalecer el acceso temprano y continuo a los controles prenatales. Es fundamental que, desde la confirmación del embarazo, la adolescente sea ingresada en un programa de seguimiento médico donde se monitoreen regularmente signos de alerta como presión arterial alta, niveles de hemoglobina, infecciones y el desarrollo del feto. Esto debe hacerse en coordinación con centros de salud que cuenten con profesionales capacitados para atender adolescentes, garantizando un trato respetuoso, empático y libre de estigmas.

Además, se plantea implementar talleres de educación en salud materna, dirigidos a adolescentes embarazadas y sus familias. En estos talleres se tratarán temas como la nutrición adecuada durante el embarazo, la importancia de asistir a los controles médicos, la preparación para el parto, la lactancia, y la prevención de infecciones. Estas actividades deben ser prácticas, accesibles, y adaptadas al nivel educativo de las participantes.

Otro componente clave del plan es el acompañamiento psicológico, tanto individual como grupal. La adolescencia es una etapa de grandes cambios emocionales, y un embarazo puede generar sentimientos de miedo, ansiedad, culpa, rechazo o confusión. Por ello, se propone brindar consejería profesional a las adolescentes gestantes para prevenir trastornos como la depresión posparto, así como sesiones de fortalecimiento de autoestima y toma de decisiones.

Por otro lado, se considera esencial garantizar la continuidad educativa. Muchas adolescentes abandonan la escuela debido a la falta de apoyo institucional o familiar, lo que agrava su vulnerabilidad. Por ello, el plan sugiere establecer vínculos con las escuelas para flexibilizar horarios, implementar modalidades semi-presenciales y garantizar espacios de lactancia en caso necesario. Mantener a las jóvenes dentro del sistema educativo es clave para su desarrollo y el de sus hijos.

Finalmente, se propone involucrar a las familias y a la comunidad en el proceso de acompañamiento, mediante espacios de orientación para madres, padres o tutores, con el fin de generar un entorno más empático, protector y participativo. El embarazo adolescente no debe abordarse desde el juicio ni el castigo, sino desde el cuidado, la prevención de riesgos y la protección de derechos.

Referencias

- 1.- OMS (2024) "embarazo en la adolescencia". Organización mundial en la salud disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,prematur%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,prematur%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave.)
- 2.- OPS (2018) "América latina y el caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo". Organización panamericana de la salud disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/28-2-2018-america-latina-caribe-tienen-segunda-tasa-mas-alta-embarazo-adolescente-mundo.>
- 3.- ENADID (2014) "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica" http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/ESTRATEGIA_NACIONAL_PARA_LA_PREVENCION_DEL_EMBARAZO_EN_ADOLESCENTES.
- 4.- Fundación Plan Internacional España (2001) <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>
- 5.- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2017) <https://www.gaceta.unam.mx/embarazo-adolescente-grave-problema-social/>
- 6.- Instituto Dra. Gómez Roig Obstetricia y Ginecología (2023) <https://www.gomezroig.com/cambios-fisiologicos-en-el-embarazo/#:~:text=Los%20cambios%20fisiol%C3%B3gicos%20en%20el%20embarazo%20se%20producen%20de%20manera,el%20puerperio%20se%20reverten%20progresivamente>
- 7.- Embrióloga Silvia Azaña Gutiérrez (2025) <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-y-cambios-fisiologicos/>
- 8.- Centro de reproducción asistida de Chile (2023) <https://ivinet.cl/blog/etapas-del-desarrollo-embrionario/>

- 9.- organización mundial de la salud (2024) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 10.- Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) (2025) <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/embarazo-y-maternidad-en-adolescentes/#:~:text=Muchas%20son%20las%20complicaciones%20asociadas,intra%20C3%BAtero%20abortos%20y%20muerte%20intraparto.>
- 11.- Ginecóloga Sheila Sedicias (2007) <https://www.tuasaude.com/es/embarazo-adolescente/>
- 12.- Clínica nacional de Perú (2025) <https://blog.clinicainternacional.com.pe/riesgos-consecuencias-embarazo-precoz/>
- 13.- Elsevier España SLU (2025) <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-articulo-factores-proteccion-riesgo-del-embarazo-X1665579613082786>
- 14.- M.E. Gómez López (2015). Perinatología y Reproducción Humana (volumen 29.) (Paginas 76-82)
- 15.- UNFPA. (2020). “Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México” https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico_2020.pdf
- 16.- Farmatodo Blog (2025) “Embarazo en adolescentes: riesgos físicos y psicológicos” <https://www.farmatodo.com.co/blog/embarazo-adolescentes-riesgos.html?wpsrc=Organic+Search&wpsn=www.google.com>
- 17.- universidad nacional autónoma de México (UNAM) (2022) <https://ciencia.unam.mx/leer/1258/-buscas-informacion-sobre-la-salud-mental-en-el-embarazo->

18.- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2025)
<https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#readmore-expand>

19.- Organización Reproducción Asistida (2025)
[https://www.reproduccionasistida.org/metodos-anticonceptivos/.](https://www.reproduccionasistida.org/metodos-anticonceptivos/)

20.- Tesis Jessica Domínguez Zamudio “La definición del embarazo adolescente como problema público en México y Uruguay: una aproximación desde la perspectiva de los marcos interpretativos” (2018).

Anexos



Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio

Introducción

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados. Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención

médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo. Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Especificaciones

5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales) medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
- valoración del riesgo obstétrico
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo)
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años,

en particular en áreas rurales

- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
- promoción de la lactancia materna exclusiva
- promoción y orientación sobre planificación familiar
- medidas de autocuidado de la salud

5.1.7 Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

5.1.8 La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contra referencia institucional.

5.1.9 Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

5.1.10 Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

5.2.2 El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

5.3 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.3.1 En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.3.2 La detección oportuna incluye dos etapas: durante el embarazo y al nacimiento

5.3.2.1 Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.2.2 Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero de acuerdo al Apéndice.

5.3.2.3 El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensioactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

5.4 Atención del parto

5.4.1 Toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a

estos valores

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto

- Fecha y hora del nacimiento
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas
- Inicio de alimentación a seno materno
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.
- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura
- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D_μ y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el

uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud

con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido

a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotropina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente

5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño

5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral

5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias

5.10.1.12 Esquema de vacunación

5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto

5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito

5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento

5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada

5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11 Registro e información

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atiende el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto,

el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

