



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa 139

“PROCOLO PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

Managua, Mayo 2016

Normativa 139

**PROTOCOLO PARA LA
ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS**

Managua, Mayo 2016

FICHA CATALOGRAFICA

N Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad
WS Nacional. Ministerio de Salud. Protocolo para
460 la atención de adolescentes embarazadas/ MINSA
0560 Managua. Mayo, 2016
2016 87p. tab. graf

- 1.- Embarazo en Adolescencia[^]prev
- 2.- Embarazo de Alto Riesgo
- 3.- Factores de Riesgo
- 4.- Condiciones Sociales
- 5.- Complicaciones del Embarazo
- 6.- Atención Prenatal
- 7.- Algoritmos

Ficha Bibliografica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© **MINSA, Junio 2016**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	7
SOPORTE JURÍDICO	9
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
PROPOSITO.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
GLOSARIO DE TERMINOS	12
ACRONIMOS	15
Población Diana.....	16
Actividades a Realizar.....	16
DEFINICION.....	17
Características y condiciones de las adolescentes embarazadas: Físicas, Psicológicas y Sociales	17
Marco conceptual	18
Determinantes sociales e inequidades de salud del embarazo adolescente.....	18
Procesos propios de la adolescencia.....	19
Embarazo en la adolescencia	20
Atención integral del embarazo en la adolescencia y la paternidad activa	21
Características de la intervención o del abordaje integral.....	22
Principios que deben guiar la atención integral del embarazo en la adolescencia	25
FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	26
Adolescente embarazada y con condición o patología que agrave su estado o morbilidad materna.....	28
DIAGNOSTICO.....	30
PROCEDIMIENTOS.....	33
Ruta crítica para la atención de la embarazada menor de 15 años.....	33
Detección de casos sospechosos de Violencia Sexual	36
Consejería a la adolescente embarazada.....	45
Guía para el apoyo en intervención en crisis	45
Atención Prenatal.....	45
Acciones preventivas en el embarazo.....	47
Complicaciones del embarazo en adolescentes	54

Protocolo para la Atención de Adolescentes Embarazadas

Atención del parto en la adolescente	56
DEFINICIONES DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN	61
EDUCACIÓN, PROMOCION Y PREVENCIÓN	66
Prevención del Embarazo en la Adolescencia	66
ANEXOS	4
ALGORITMOS.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	17

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud, en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer atención oportuna en salud gratuita a las(os) nicaragüenses, impulsa acciones que contribuyan a mejorar la salud de las adolescentes, su familia y la comunidad. Reconoce que el embarazo en adolescentes, representa un desafío para el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), y como un problema de salud pública, es importante destacar que el embarazo afecta el desarrollo integral de las adolescentes lo que determina la pérdida de oportunidades de desarrollo, disminución de capital social, movilidad social descendente y pobreza¹.

Trece millones de bebés que nacen cada año en el mundo provienen de madres menores de 20 años², lo que representa más del 10% de los nacimientos totales en el mundo. Las consecuencias del embarazo en adolescentes incluyen no solo las complicaciones en la salud del binomio madre-hija/o, por el riesgo incrementado de morbilidad materna, desnutrición y morbilidad infantil, sino también un fuerte impacto psicosocial en la vida de la joven, su familia y el futuro hijo(a), en caso de nacer³.

Según los datos de INIDE en Nicaragua, la Tasa Especifica de Fecundidad Adolescente se ha reducido significativamente de 106 (ENDESA 2006/07) a 92 por 1,000 nacimientos (ENDESA 2011/12), pero sigue siendo una de las más altas de LAC. Las y los adolescentes tienen menor acceso a métodos anticonceptivos modernos que las personas mayores. El porcentaje de adolescentes de 15 - 19 años que ya son madres es del 23.3 %, alguna vez han estado embarazadas el 24.4% y el 28.9% se concentra en el área rural⁴. La edad mediana de la primera relación sexual es de 17 años, mientras que el primer nacimiento es a los 19 años de edad. Según nivel educativo, la edad mediana a la primera relación sexual se reduce a 15,1 años en mujeres sin educación y a 16,3 años en mujeres de la zona rural del país⁵.

EL GRUN identifica al grupo adolescente como un grupo vulnerable, desde el **Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016** (en su Arto. 382), la **Política Nacional de Salud**, el **MOSAF** y la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**; y dirige sus esfuerzos para que: 1) el proceso de atención integral de la adolescente embarazada sea con calidad y calidez; respetando, protegiendo y restituyendo sus Derechos Humanos y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, 2) este proceso responda a las necesidades físicas y psicológicas particulares de su edad y condición, 3) se promueva la fortaleza del medio familiar y social de la adolescente e finalmente 4) impactar en la postergación de un nuevo embarazo antes de los 20 años.

Es por ello que el MINSA elabora el “Protocolo de Atención de Adolescentes Embarazadas”, según las edades específicas y las necesidades del grupo adolescente,

¹ Zelaya E., et al. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1): 39–46.

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Fertility and contraceptive use*. New York: UNICEF, 2006.

³ La prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en Adolescentes de los países en desarrollo. OPS. Año 2011.

⁴ Instituto Nacional de Información de Desarrollo. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/12)*.

⁵ Instituto Nacional de Información de Desarrollo. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/12)*.

que define el MOSAFC de 10 a 14 años como grupo puberal y de 15 años como el inicio de la juventud.

Es importante destacar que el Protocolo forma parte de una serie de iniciativas y proyectos articulados a nivel interinstitucional como orientación del GRUN (MIFAN, MINED, Policía Nacional, Promotoría Solidaria, Alcaldías, entre otros), que consisten en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las(os) adolescentes, detectar oportuna de factores de riesgo, factores protectores y situaciones que pueden afectar la salud integral de la adolescente, prevención del embarazo adolescente, mejorar la calidad de los servicios de salud y reducir los casos de morbilidad y mortalidad materna.

Este primer Protocolo que pone a disposición el Ministerio de Salud para el sector salud permitirá orientar al personal de salud en la atención integral de este grupo poblacional, teniendo como referencia legal los instrumentos jurídicos vigentes a nivel nacional e incorpora las normas del MINSA como: “N-011: Norma y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido (a) y Puerperio de Bajo Riesgo” y la “N-031: Norma y Protocolo para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual”, “N-029: Normas de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puérperas y Niñez Menor de Cinco Años”, “N-042: Norma de Humanización del Parto Institucional” y “N-002: Norma y Protocolo de Planificación Familiar”.

SOPORTE JURÍDICO

Constitución de Nicaragua: Arto. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Ley 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I, Arto. 4 “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”.

En su título II, Capítulo I, Arto. 7, Numeral 6 “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”.

En su Sección 3, Arto. 108, “Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud”.

Ley No. 650 Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales. Art. 3 El Estado debe garantizar la atención en materia de salud mental, como parte del sistema de asistencia sanitaria y social, debiendo cumplir las normas de atención por niveles, que plantea el Programa Nacional de Salud Mental: Unidades de Atención Primaria, Hospitales de día, Hospitales Generales y Hospital Psiquiátrico Nacional.

Ley 820 – Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención. Capítulo IV - Derechos y Deberes de las personas con VIH y Sida. **Capítulo IV DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON VIH y Sida**

- **Inciso l) A los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva:** El Estado garantizará a todas las embarazadas el acceso a atención integral en cuidados prenatales, incluyendo diagnóstico, tratamiento antirretroviral, cesárea electiva y cuidado post parto, para la prevención de la transmisión vertical y garantizar la salud de la madre y del recién nacido.

LEY No. 870 CÓDIGO DE FAMILIA

- **Art. 2 Principios rectores Son principios rectores del Código:**
 - a) La protección, desarrollo y fortalecimiento de la familia es obligación del Estado, la sociedad y los miembros que la integran a través de los vínculos de amor, solidaridad, ayuda y respeto mutuo que debe existir entre sus integrantes para lograr una mejor calidad de vida;
 - b) La protección integral de la familia y todos sus miembros en base al interés superior de los mismos;
 - c) La protección priorizada a la jefatura familiar femenina, en los casos de las madres cuando éstas sean las únicas responsables de su familia;

- **Art. 4 Autoridades en asuntos de familia**

- d) Las Instituciones del Estado, que conforme su ley creadora, tienen atribuida funciones administrativas para asuntos familiares: Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez, Ministerio de Educación, Procuraduría General de la República, Comisaría de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia de la Policía Nacional, Dirección General de Migración y Extranjería del Ministerio de Gobernación, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Salud, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Registro del Estado Civil de las Personas, actuarán en el ámbito atribuido, para la protección, educación y salvaguarda de los intereses de los niños, adolescentes y adolescentes, personas con discapacidad, mayores declarados incapaces, las personas adultas mayores y en general de la familia.

LEY No. 287 CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

- **Artículo 76.-** El Estado, las instituciones públicas o privadas, con la participación de la familia, la comunidad y la escuela, brindarán atención y protección especial a las adolescentes, niños y adolescentes que se encuentren en las siguientes situaciones:
 - a) Cuando los tutores, abusen de la autoridad que le confiere la guarda y tutela de los menores o actúen con negligencia en las obligaciones que les imponen las leyes.
 - b) Cuando carezcan de familia;
 - c) Cuando se encuentren refugiados en nuestro país o sean víctimas de conflictos armados;
 - d) Cuando se encuentren en centros de protección o de abrigo;
 - e) Cuando trabajen y sean explotados económicamente;
 - f) Cuando sean adictos a algún tipo de sustancias sicotrópicas, tabaco, alcohol, sustancias inhalantes o que sean utilizados para el tráfico de drogas;
 - g) Cuando sean abusados y explotados sexualmente;
 - h) Cuando se encuentren en total desamparo y deambulen en las calles sin protección familiar;
 - i) Cuando sufran algún tipo de maltrato físico o psicológico;
 - j) Cuando padezcan de algún tipo de discapacidad;
 - k) Cuando se trate de adolescentes y adolescentes embarazadas.
 - l) Cualquier otra condición o circunstancia que requiera de protección especial.
- **Artículo 220.-** Todo médico, profesor o persona responsable de una institución de atención a la salud, de enseñanza primaria, pre escolar, centros de desarrollo infantil, que deje de comunicar a la autoridad competente de los casos que tenga conocimiento o en los casos que sospeche que haya habido abuso de niños, adolescentes y adolescentes será sancionado gubernativamente con multa equivalente a un mes de su salario y serán considerado como encubridor del delito.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la atención integral de la adolescente embarazada en el marco del MOSAFC.

PROPOSITO

Dotar de competencias al personal de salud para la atención oportuna y con calidad mediante acciones de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer el trabajo multidisciplinario, para el abordaje psicosocial de la adolescente embarazada, con enfoque de derechos en el marco del curso de vida.
2. Mejorar las habilidades del personal de salud para la atención a este grupo etario, haciendo hincapié en los aspectos socioculturales, como la ética en la atención, sigilo y sin prejuicio.
3. Dotar de competencias y recursos al personal de salud para el manejo de las situaciones de riesgo, particularmente en casos de violencia sexual y maltrato.
4. Prevenir, detectar y tratar oportunamente las complicaciones derivadas del embarazo en la adolescencia.
5. Promover la participación y corresponsabilidad del adolescente, la familia y la comunidad en el cuidado de la salud para el cambio de comportamientos y desarrollo integral.

GLOSARIO DE TERMINOS

- **Anticoncepción post parto (incluye cesárea):** Es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.
- **Apego Precoz¹:** Es el contacto temprano piel a piel (madre – bebe) y consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre después del parto para dar inicio al amamantamiento. La primera hora después del parto, es el momento más importante para que se establezca un lazo estrecho y fundamental para el éxito de la lactancia y un buen desarrollo físico y psico-emocional del bebe.
- **Atención Prenatal:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.
- **Casas Maternas:** Son albergues alternativos organizados conjuntamente entre el Gobierno a través del Ministerio de Salud, la comunidad organizada, los gobiernos locales y organizaciones locales, para hospedar a las mujeres de las áreas rurales en los días previos al parto y durante los primeros días de su puerperio (cuarentena).
- **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales:** es una estrategia operativa para reducir la mortalidad materna y perinatal, que integra una red de servicios de salud apta para la atención de madres y recién nacidos, articulada con sistemas activos de referencia y respuesta de la red de servicios y también desde la comunidad e inmersa en el sistema de conducción y gestión local en salud.
- **Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos:** Es una estrategia comunitaria que permita mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres, hombres y adolescentes que habitan en comunidades y barrios con dificultades de accesibilidad para recibir atención integral en los servicios de salud.
- **Embarazo normal:** Es una condición de la mujer-feto producto de la concepción, que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.
- **Embarazo no planificado:** Es el que sucede por el escaso acceso a la educación sexual, baja autoestima, falta de empoderamiento, que les impide reflexionar sobre las consecuencias de sostener relaciones sexuales sin protección.
- **Enfoque de riesgo:** Es un método que permite establecer criterios de clasificación en la embarazada con el fin de poder determinar las necesidades y actividades a desarrollar de acuerdo a sus riesgos de complicaciones durante la embarazo y de esa manera reorganizar los servicios de atención en salud redirigiendo y utilizando de manera óptima los recursos técnicos y materiales para obtener mejores resultados.

- **Emergencia obstétrica:** Condición de complicación o inter-recurrencia del embarazo que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.
- **Equidad:** Se refiere a la capacidad de ser justos en relación al trato de hombres y mujeres, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades.
- **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.
- **Métodos Anticonceptivos:** son aquellos que se utilizan para evitar embarazos y algunos (los de barrera) pueden prevenir infecciones de transmisión sexual.
- **Muerte Materna (Defunción Materna):** Es el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se considera defunción materna tardía cuando la muerte de la mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de 1 año de la terminación del embarazo.
- **Nacimiento:** Expulsión completa o extracción del organismo materno del Feto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de embarazo. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.
- **Parto Humanizado y/o Empático (tratar de actuar en línea con la cultura):** Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria. El personal de salud debe brindar la información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas.
- **Paternidad Activa:** Padres hombres que participan activamente en las vidas de sus hijos y apoyan a la madre a través de asumir tareas domésticas y el cuidado de los niños.⁶
- **Periodo Neonatal:** Periodo que transcurre desde el nacimiento y termina a los 28 días de nacido. Se subdivide en neonatal precoz (0-7 días) y neonatal tardío (8-27 días).
- **Periodo intergenésico:** Periodo de tiempo que se extiende desde el último embarazo (parto o aborto), y el inicio del siguiente embarazo.
- **Plan Parto para la Maternidad Segura (PPMS):** Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda

⁶ Programa P: Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS/PROMUNDO/EME. 2013

para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.

- **Planificación Familiar:** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad e infertilidad.
 - La Planificación Familiar en adolescentes es una estrategia educativa que busca la adopción de cambio voluntarios en la conducta de las adolescentes que experimentaron un parto o cesárea. Las adolescentes en periodos de post parto o post cesárea pretendan prevenir, un embarazo no planificado o desean posponer o espaciar los nacimientos.
- **Riesgo:** Es la posibilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.
- **Riesgo reproductivo:** Es la probabilidad (grado de peligro) que tienen tanto la mujer no embarazada en edad fértil, como su Feto potencial de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.

ACRONIMOS

APN	Atención Prenatal
APEO	Anticoncepción Postevento Obstétrico
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CMF	Comisarías de la Mujer y la Familia
COE	Complicaciones Obstétricas de Emergencia
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
ESAF	Equipos de Salud Familiar y Comunitario
IMC	Índice de masa corporal
MAC	Métodos Anticonceptivos
MAI	Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia en Nicaragua
MINED	Ministerio de Educación
MIFAN	Ministerio de la Familiar, Adolescencia y Niñez
MOSAF	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
PAP	Papanicolaou
RN	Recién Nacido (a)
SIREC	Sistema de Referencia y Contrarreferencia
SIVIEMB	Sistema de Vigilancia de las Embarazadas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
IVU	Infección de vías urinarias
PF	Planificación Familiar
LAC	Latinoamérica y El Caribe
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

POBLACIÓN DIANA

Las adolescentes embarazadas.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Las actividades a realizar están relacionadas a fortalecer el abordaje integral de las adolescentes embarazadas, desde su atención prenatal y su seguimiento. Se garantizará:

- Detección oportuna de factores de riesgo y protectores en las adolescentes embarazadas, su ámbito familiar y comunitario.
- Implementación de estándares básicos para la atención integral de las adolescentes embarazadas.
- Identificación de casos de violencia o abuso sexual y activar el sistema de referencia interinstitucional.
- Aplicación de las normativas vigentes para el abordaje de las complicaciones derivadas por el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- Educación y participación de las adolescentes embarazadas en acciones de salud sexual y reproductiva.

DEFINICION

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), han definido el término de “Embarazo Adolescente (embarazo no planeado ni planificado)”, como:

El embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).

Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como **“aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar.**

Características y condiciones de las adolescentes embarazadas: Físicas, Psicológicas y Sociales

- ⇒ El embarazo en adolescentes se relaciona con riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer casi al doble de la mujer adulta (Conde-Agudelo et al., 2005).
- ⇒ Las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen doble probabilidad de morir a causa del evento reproductivo que las mayores de 20 años y, en las menores de 15 años, este riesgo es 6 veces mayor⁷.
- ⇒ Las adolescentes suelen no asistir a la atención prenatal o lo hacen tardíamente debido al desconocimiento de los recursos disponibles, a la falta de aseguramiento en salud o al retardo en el diagnóstico del embarazo y muchas veces porque son estigmatizadas (Conde-Agudelo et al., 2005).
- ⇒ El embarazo y la maternidad interfieren con el desarrollo de habilidades como son la consolidación de la autonomía, la socialización y la capacidad de regulación afectiva.
- ⇒ El embarazo en adolescentes eleva el riesgo de suicidio (13%), hay mayor incidencia de depresión y una percepción negativa de las redes de apoyo.
- ⇒ En términos de educación, cada año en la escuela reduce la probabilidad de la fertilidad en un 5-10%.

⁷ FLASOG. El embarazo en adolescentes menores de 15 años de America Latina y El Caribe. Año 2011.

MARCO CONCEPTUAL

Determinantes sociales e inequidades de salud del embarazo adolescente

La tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socio económicas, políticas y, en general, con el nivel de desarrollo del área donde habitan las adolescentes. Esta relación explica las diferencias de las tasas y el curso que siguen estos fenómenos en cada persona, familia y comunidad.

Sobre las consecuencias sociales, la literatura muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo y de unirse y permanecer unidas. En otro contexto, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluso uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante la adolescencia. Aunque algunos de estos estudios no implican la existencia de una conexión causal entre embarazo adolescente y los problemas mencionados, la literatura en su conjunto muestra de manera reiterativa que las repercusiones negativas del embarazo juvenil son muchas y significativas (Gaviria, 2000).

El embarazo en adolescentes está relacionado con violencia sexual, en particular si se trata de adolescentes menores de 15 años. La preocupación crece al constatar que gran parte de estas víctimas transitan por diversos servicios de salud sin que los profesionales que interactúan con ellas cumplan con la debida notificación o reportes de oficio de estos casos ante las instancias responsables. Con ello se pierde la oportunidad de complementar su atención integral, incluyendo los recursos para garantizar todas las terapias que la condición de la adolescente embarazada menor de 15 años requiere, así como todas las medidas de protección, justicia y restitución de derechos.

En América Latina, entre un 10% y un 36% de las mujeres, ha sido objeto de violencia física o sexual (Buvinic, Morrison y Orlando, 2005)⁸.

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad son altamente diferenciados según el estrato socioeconómico. Las adolescentes pertenecientes a los quintiles de riqueza bajo y más bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de quintiles de riqueza alto y más alto. Los datos sugieren que el comportamiento diferencial se vincula con las percepciones sobre la maternidad de mujeres y hombres adolescentes. Para las primeras, el embarazo es visto como imprescindible y única vía para lograr respeto y reconocimiento social; mientras que en la perspectiva masculina, la actividad sexual sin protección, con diversas parejas y desligada de responsabilidad sobre la paternidad, es útil para reafirmar el valor social que despliega pertenecer al género masculino, que perpetúa así una cultura hegemónica patriarcal machista (Prieto, 2010)⁹.

⁸ Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo/Banco Mundial.

⁹ Ni una más: performance de denuncia y esperanza. Prieto, Antonio

Por ello se hace necesario emprender acciones de prevención, atención oportuna y de calidad a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, para enfrentar la tasa de fecundidad adolescente.

Procesos propios de la adolescencia

La adolescencia es un período en la vida de las personas que involucra diversas transformaciones. Dentro de los procesos específicos de esta edad que debe atravesar la adolescente se encuentran:

- ✓ La búsqueda de una identidad propia
- ✓ La separación psicológica de la familia de origen
- ✓ La integración de nuevos impulsos y deseos

La “adolescencia” es un concepto configurado por científicos sociales de la época moderna en los siglos XVII, XVIII y XIX a partir del término latino *adolescere*, que significa “tránsito” de la niñez hacia la adultez.

Castillo Venerio (2007)¹⁰ resume tres definiciones hechas desde la sociología, la psicología y la medicina. Sociológicamente, la adolescencia es una representación sociocultural que varía en cada contexto conforme al tipo de interrelación generacional como de otras relaciones que rodean o que entabla la persona durante su paso de niñez a adultez. Esta representación le da siempre un carácter transitorio porque el propósito fundamental de las relaciones con estos sujetos es que adquieran los conocimientos y habilidades básicas para pasar a otra etapa, la adultez. Particularmente la competencia para incorporarse al trabajo y al emparejamiento, para formar una familia.

Desde la psicología, la adolescencia se concibe como una etapa de experimentación, de tanteos y errores. Es una fase en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente, aspecto que desorienta enormemente a los adultos. Se asume que el comportamiento de los adolescentes está caracterizado por una inestabilidad en los objetivos, los conceptos y los ideales, derivada de la búsqueda de una identidad propia. Es, además, la etapa en la que comienzan los primeros flirteos, con los que se descubren los juegos de seducción y los sentimientos amorosos y eróticos en las relaciones interpersonales; es también de exploración, autoconocimiento y auto reconocimiento, de descubrimiento del cuerpo, incluso entre pares o entre el mismo sexo. Progresivamente las experiencias sexuales directas van sustituyendo al flirteo, como consecuencia de las transformaciones en las representaciones sociales y el desarrollo de los métodos anticonceptivos.

En el campo de la medicina, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS)¹¹ definen esa etapa como la que transcurre entre los 10 y los 19 años, que se desarrollaría en dos fases: la adolescencia inicial, desde los 10 a los 14 años, y la final, desde los 15 a los 19 años. En ciertas edades, la adolescencia se superpone con la juventud, entendida como el período comprendido entre los 15 y los 24 años. Ahora bien, la caracterización, especialmente de los rasgos psicosociales que describieron autores desde la psicología y la medicina ha difundido las imágenes de los

¹⁰ Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política. Castillo Venerio, Marcelina. UNFPA. Año 2007

¹¹ La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Serie de Informes Técnicos 731. OMS. Ginebra 1986

valores, creencias y percepciones que de estos sujetos se forman los profesionales que los estudian y atienden.

Restrepo (2010)¹² sugiere que para la prestación de servicios clínicos es pertinente dividir la adolescencia en fases, a fin de facilitar la planeación de las actividades. Cada fase describe diferentes actitudes hacia el embarazo y hacia la maternidad, con base en algunas características del proceso de crecimiento y desarrollo que comúnmente ocurren (UNFPA y MPS 2007; Silbert, 1983)¹³.

Los adolescentes tienen sus propias concepciones en la significación de lo que es el ser adolescentes, no tiene que ver con la edad cronológica, más bien depende de cómo la mujer y el hombre asumen y cumplen responsabilidades y tareas dentro de la comunidad. En Nicaragua, en las zonas del caribe, a los adolescentes en miskitu se les llama *Wahma Kura an tiara Kura* que significa *joven tierno*. En su cosmovisión las primeras relaciones son producto de un *silka*, un *hechizo o embrujo*¹⁴.

Red social

Las nuevas responsabilidades que implican el cuidado del embarazo y el asumir la maternidad, requieren de apoyo. Por ello se hace fundamental promover que las mismas sean compartidas con las demás personas que rodean a la mujer adolescente, con especial énfasis en las personas más cercanas, sean estas su pareja o su familia.

Una red social es el conjunto de vínculos con otras personas que dan soporte afectivo, social y económico a la adolescente embarazada. La existencia de una red social significativa para la adolescente embarazada o madre, permite amortiguar las exigencias que el nuevo estado de embarazo y posterior maternidad le plantea a la joven. Esto en la medida en que se constituye en un acompañamiento que la apoya y sostiene frente a las exigencias que el rol materno demanda. Esta red social estará conformada por la pareja, amigos, familiares, vecinos, profesores, personal de salud, grupos comunales y otros.

Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia no es un asunto que involucra exclusivamente a la adolescente embarazada y su bebé, sino a su pareja (si existe), a su familia y a su entorno.

Desde esta perspectiva se visualiza a una adolescente que enfrenta transformaciones en su cuerpo, en sus sentimientos y en sus diferentes proyectos; a su vez, este evento transforma la dinámica familiar o de pareja, lo que requiere de un proceso de ajuste a la nueva situación.

Todo lo anterior ocurre en condiciones particulares y dentro de un contexto social determinado que le da sentido positivo o negativo a la situación. En muchas zonas rurales, el emparejamiento y maternidad tempranos es lo que se espera, mientras que en la zona urbana no necesariamente es así. Por ello, la comprensión del contexto en el cual ocurre el embarazo adolescente es esencial. No es lo mismo un embarazo producto de

¹² Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 años. MinSalud/ UNFPA. Colombia. Año 2014

¹³ Idem

¹⁴ Prácticas, Signos y Significados sobre Derechos, Género y Sexualidad de Adolescentes y Jóvenes de Pueblos Indígenas y Afro descendientes. Estudio Cualitativo. UNFPA/URACCAN. Nicaragua. Año 2014.

una violación o incesto, que un embarazo planificado y acompañado. Estas diferenciaciones deben traducirse en intervenciones acordes con las necesidades específicas de cada adolescente embarazada.

La percepción que predomina entre adolescente y jóvenes es que los padres no aconsejan a sus hijas e hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo, no hay una comunicación entre madres e hijas, lo cual hace que las madres piensen que las muchachas están en “maldades por eso se embarazan a temprana edad”. Esto es compatible con el desconocimiento que tienen muchos padres y madres de familia en los temas de SSR. La medicina tradicional tiene un rol importante en la SSR en comunidades afro descendientes. En comunidades indígenas las embarazadas han sido atendidas por parteras¹⁵.

Atención integral del embarazo en la adolescencia y la paternidad activa

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, interpersonal, familiar y comunitario en los diferentes momentos: embarazo, parto, y puerperio y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.

La atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud, comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecerles una adecuada atención al parto, una captación temprana postparto, acompañamiento posterior al nacimiento y prevención de un siguiente embarazo, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de la atención, al igual que en el trabajo conjunto con otras instituciones que facilite el abordaje integral de las necesidades de esta población.

Promover la paternidad responsable es importante para la calidad de vida de las familias, ya que se ha evidenciado a través de estudios cualitativos y cuantitativos que cuando los hombres están más involucrados como padres, sus parejas reportan estar menos sobrecargadas, con mejor salud mental y más felices con sus relaciones conyugales (Barker, et al 2012)¹⁶.

En una revisión de 16 estudios longitudinales (22.300 casos, en 24 publicaciones), en los que la variable de impacto de la participación paterna en indicadores de desarrollo estuvo controlada, se encontró un impacto positivo en los niños al haber tenido un padre involucrado en las siguientes áreas: menos problemas conductuales, menos conflictos con la ley; menor vulnerabilidad económica posterior, mejores resultados en escalas de desarrollo cognitivo, mejor rendimiento escolar y menor estrés en la adultez (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid y Bremberg, 2008)¹⁷.

Cuando los padres tienen una presencia de calidad en la vida de sus hijas/os estos tienden a desarrollarse mejor en diversas áreas, como su salud física y mental, motivación

¹⁵ Ídem

¹⁶ Barker, G (2003) Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations. World Bank.

¹⁷ Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. y Bremberg, S. (2008) Father's involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, pp. 153-158

al estudio, rendimiento académico, desarrollo cognitivo y habilidades sociales, presentan una mayor autoestima, menos problemas de conducta y mayor tolerancia al estrés (Allen y Daly, 2007; Barker, 2003; Nock y Einolf, 2008)¹⁸. Cuando están presentes, el ingreso tiende a subir, incluso aunque aporten menos porcentaje de su ingreso al ingreso familiar que la madre (Barker, 2003).

Características de la intervención o del abordaje integral

Para que podamos hablar de una atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad adolescente, deben estar presentes las siguientes características en la atención:

I. Derechos Humanos

Para garantizar que los y las adolescentes ejerzan sus derechos humanos, incluyendo derecho a la salud y derechos reproductivos, es necesario pasar a los y las adolescentes del concepto de receptores o beneficiarios de servicios, como titulares de derechos, participantes activos de su salud y desarrollo y desde los enfoques verticales a estrategias locales intersectoriales coordinadas, que integren promoción y prevención de la salud. El enfoque de derechos humanos garantiza en primer lugar el derecho de los y las adolescentes a la participación, tanto individualmente como a través de organizaciones de la sociedad civil y, fortalece sus competencias para demandar sus derechos humanos con criterios de universalidad¹⁹.

II. Intersectorialidad:

La atención integral a las adolescentes embarazadas debe basarse en la sinergia de los esfuerzos de diferentes instancias sociales. Las adolescentes embarazadas, junto con su pareja y familia, tendrán necesidades específicas de salud, educación, justicia, recreación, protección social, vivienda y trabajo que requerirán trascender la mera sumatoria de esfuerzos institucionales para establecer un trabajo conjunto que permita abordar una situación tan compleja. El Sector salud juega un papel importante en las diferentes iniciativas en los niveles locales.

III. Multidisciplinaridad:

La atención integral a la adolescente embarazada y su familia, solo es posible con el esfuerzo complementario y coherente de diferentes disciplinas en salud. Por ello el trabajo en equipos multidisciplinarios es fundamental y debe concretarse en espacios de discusión de casos y formación permanente del personal de salud. En la atención, las diferentes disciplinas deben partir de la situación concreta de cada adolescente y, con base en las necesidades detectadas, definir las intervenciones integrando las diferentes perspectivas disciplinarias. No se debe abordar a la adolescente de manera aislada, sino en su contexto familiar y comunitario, lo que implica intervenciones diferenciadas según se trate de un abordaje individual, familiar o grupal.

¹⁸ Allen, S y Daly, K (2007) The Effects of father involvement: An Updated Research Summary of the Evidence Inventor with Policy Considerations. World Bank.

¹⁹ Capacitación en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes de América Latina y El Caribe. UNFPA. Año 2005.

IV. Enfoque de vulnerabilidad (protección y riesgo)

Para establecer una atención integral de esta población, se debe partir de que el embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que dicho embarazo acontece. Es necesario contextualizar y reconocer la diversidad de circunstancias en que se produce la maternidad temprana para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención conforme a las necesidades particulares de cada adolescente. Dichas circunstancias son:

1. **Edad:** Las adolescentes que estarán en situaciones de más desventaja son aquellas menores de 15 años, por las condiciones de riesgo biológico y social que implica un embarazo tan temprano y las exigencias emocionales en un momento de maduración como la infancia y la pre adolescencia, además por las situaciones de abuso, que son frecuentes en los embarazos en esta edad.
2. **Educación:** Las mujeres latinoamericanas que son madres adolescentes tienen entre 1,8 y 2,8 años menos de educación y son 14 veces más propensas a abandonar el sistema educativo²⁰. El embarazo de adolescentes en ALC está asociado con una serie de desventajas, incluyendo bajos logros en la educación (Alcázar y Lovatón 2006). La CEPAL y el Banco Mundial estiman que son necesarios 12 años de escolaridad para que las personas avancen en sus procesos de desarrollo humano²¹. Cada año en la escuela reduce la probabilidad de la fertilidad en un 5-10%²².
3. **Situación económica:** Aquellas adolescentes en condiciones de pobreza, deben ser atendidas en forma diferenciada, ya que además de las demandas particulares de su estado, la adolescente deberá enfrentar una inadecuada alimentación, condiciones de vivienda inapropiadas, presiones familiares por la “carga” que implica un nuevo miembro que viene a desestabilizar la escasa economía familiar y la dificultad para el acceso a los servicios de salud por su condición de no asegurada.
4. **Situaciones de abandono o violencia:** La adolescente que se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación, también enfrentan riesgo de vivir el embarazo como una experiencia dolorosa y traumática. Las adolescentes que no cuentan con apoyo familiar, enfrentan el rechazo y, en ocasiones, el abandono que las coloca en mayor riesgo tanto a ellas como a su bebé. A su vez, la falta de apoyo comunitario por estigmatización y prejuicios sociales y otras condiciones ligadas al género, producen en la adolescente inseguridad y auto rechazo que la pueden llevar al aislamiento.
5. **Acceso a servicios de salud:** El acceso a los servicios de salud en forma oportuna, ágil y adecuada a las necesidades de esta población, disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas a la salud materna y perinatal.

²⁰ BID-Educación. Aportes No. 12. Educación de Calidad: ¿Un Anticonceptivo Eficiente? Emma Näslund-Hadley. Gábor Manzano. Diciembre 2011.

²¹ Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2011. PNUD. Nicaragua.

²² Prevención de embarazos en adolescentes. Reunión Regional de Evaluación y Planificación. Guatemala 2013.

6. **Cultura machista**²³: En general, el modelo tradicional de ser un buen padre se traduce en el rol de proveedor económico y disciplinario. Estas dimensiones forman barreras para tener una relación con los hijos basada en respeto y afecto.
7. **Discapacidades**: Una adolescente embarazada o madre que presenta algún tipo de enfermedad crónica o discapacidad estará más expuesta a riesgos en su desarrollo integral y, además, tendrá necesidades que exceden los recursos y capacidades, tanto propias como de su familia.
8. **Condiciones de vida o riesgos ambientales**: Algunas condiciones de vida como el hacinamiento, las precarias condiciones de instalaciones sanitarias y alcantarillados, al igual que algunas condiciones laborales y de posibilidades reales de estudio y capacitación, como la exposición a agroquímicos y otras sustancias tóxicas durante el embarazo, pueden volver vulnerable la salud de la madre adolescente.

V. Calidad técnica y humana:

Esta calidad abarca desde la adecuada competencia técnica de los prestatarios de servicios, hasta la intervención humana caracterizada por cierto nivel de sensibilidad ante las necesidades propias de las adolescentes y adolescentes embarazadas, así como una actitud contraria a la estigmatización y devaluación de éstas. Esto requiere de un personal de salud sensible y capacitado que esté en constante revisión de sus tareas y vigilante de la calidad de la atención. La atención integral debe caracterizarse por ser un acto consciente y desde una actitud crítica y transformadora por parte de quienes la ejecutan.

VI. Enfoque de género:

Se parte del reconocimiento que existen diferencias socio-históricas entre los sexos que responden a valores social y culturalmente aprendidos y atribuidos a lo masculino y a lo femenino, al ser hombre y al ser mujer. Reconoce además que éstas diferencias, se han convertido y constituido en desigualdades y en obstáculos para que los hombres y las mujeres adolescentes puedan relacionarse en forma abierta e igualitaria; ya que ha ubicado mayor valor a lo masculino sobre lo que es considerado como femenino, con detrimento, denigrando y violentando lo femenino. El enfoque de género busca promover la ruptura de aquellos patrones socio-culturales y subjetivos que sostienen dichas inequidades y generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la construcción de equidad de género. Por equidad de género estamos comprendiendo un proceso donde se apunte a relaciones más armoniosas, amorosas y respetuosas, y se parta de las potencialidades propias de la adolescencia.

VII. Enfoque intergeneracional:

Los logros sociales y la satisfactoria interacción entre adultos(as) y adolescentes requiere como condición del diálogo intergeneracional y el reconocimiento mutuo; ya no se trata de una generación adulta preparada versus una generación joven carente de derechos y conocimiento que hay que preparar. Se trata en la actualidad de dos generaciones

²³ Programa P Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS/Promundo/EME. Brasil. Año 2013

preparándose permanentemente y por tanto, respetándose, compartiendo y complementándose en sus saberes, sus experiencias y en sus roles.

VIII. Enfoque intercultural:

Este enfoque orienta hacia el reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades y de los efectos de su interacción, cuya convivencia debe basarse en el respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos, asociada a la importancia que ha adquirido la diversidad y las cuestiones relativas a la identidad, en el marco del desarrollo.

En particular en el ámbito de la sexualidad y reproducción, en que los factores socio-culturales y ambientales ejercen importante influencia en patrones de conocimientos, actitudes y prácticas, las iniciativas de prevención y atención del embarazo adolescente deben tomar en consideración las diferencias étnicas, culturales y personales de la población adolescente, sin que ello signifique discriminación alguna y en muchos casos requerirá de una atención diferenciada y particular.

Principios que deben guiar la atención integral del embarazo en la adolescencia

- Una atención integral del embarazo, promoviendo el desarrollo integral de las personas involucradas.
- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como personas en su integridad necesitan oportunidades para seguir desarrollando sus capacidades.
- Se debe reconocer a las adolescentes embarazadas como sujetos con derechos y responsabilidades.
- Las y los adolescentes tienen derecho a ser tratadas(os) con respeto y sin prejuicios, en una atmósfera de privacidad y confidencialidad.
- Se debe promover y respetar la participación activa y protagónica de las adolescentes embarazadas y de los padres adolescentes en las diversas etapas de su atención.
- Se deben superar posiciones adulto centristas, en las cuales se le niegan a las adolescentes su capacidad de opinar y de tomar decisiones sobre su propia vida y establecer una relación de dependencia como norma a seguir.
- La atención debe contribuir a superar las condiciones desventajosas de adolescentes embarazadas al abogar por mejores condiciones de vida que permitan romper el ciclo del empobrecimiento de este sector poblacional.
- La atención debe estar centrada en los procesos y necesidades de esta población en sus diferentes momentos, desde el embarazo hasta el inicio de la maternidad y la paternidad y de sus obligaciones, ofreciendo oportunidades factibles para el desarrollo de ellos y ellas y de sus bebés.
- Se debe garantizar la continuidad en la atención, la cual deberá centrarse en los momentos de necesidades particulares de esta población y no en las necesidades y procesos institucionales.
- Se debe dar una atención oportuna, humanizada y solidaria a las adolescentes embarazadas, sus hijos(as), a su pareja.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Existen factores de Riesgo Psicosociales relacionados al embarazo adolescente y se deben identificar.

Factores protectores durante el embarazo:

- ⇒ Apoyo de la familia y de la pareja.
- ⇒ Apoyo de las redes sociales.
- ⇒ Continuar con la educación.
- ⇒ Aceptación de su embarazo.
- ⇒ Estado de salud y nutrición adecuada.

Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente:

- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ No contar con el apoyo de pareja y/o familia; sentimientos de soledad.
- ⇒ Baja escolaridad, fracaso o deserción del sistema educativo.
- ⇒ Conductas sexuales de riesgo: múltiples parejas sexuales, no uso del preservativo.
- ⇒ Antecedentes Gineco-obstétricos que afecten el embarazo.
- ⇒ Abortos previos.
- ⇒ Adolescentes con problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con los padres, a nivel de pareja, de familia y amigos (as).
- ⇒ Adolescentes agredidas por sus compañeros, sus padres o parientes.
- ⇒ Antecedentes familiares de maternidad/paternidad en la adolescencia.
- ⇒ Falsas creencias sobre la fertilidad.
- ⇒ Presión de grupos y pares.
- ⇒ Falta de acceso a educación sexual adecuada.
- ⇒ Adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual.
- ⇒ Adolescentes de familias que no satisfacen las necesidades básicas o que están bajo la línea de pobreza y que son dependientes económicamente.
- ⇒ Adolescentes con ansiedad o depresión severa, con ideas suicidas o con depresión postparto.
- ⇒ Adolescentes con rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional.
- ⇒ Dificultad para desarrollar un proyecto de vida.
- ⇒ Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo.
- ⇒ Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo.
- ⇒ Abandono de uno de los padres/madres.
- ⇒ Noviazgos precarios clandestinos.
- ⇒ Sufrir violencia intrafamiliar y sexual.
- ⇒ Familias numerosas y que viven en hacinamiento.
- ⇒ Prohibición de abordaje de temas de sexualidad en la familia.
- ⇒ No tolerancia de relaciones amistosas o amorosas de las jóvenes con varones.
- ⇒ Antecedente de embarazo ocurrido en edad de adolescencia en la madre es significativamente más común entre casos.

Factores que complican un embarazo adolescente:

- ⇒ Menores de 15 años.
- ⇒ La No aceptación o negación del embarazo.
- ⇒ Problemas de salud asociados.
- ⇒ Embarazo producto de abuso sexual o violación (incluye el incesto).
- ⇒ Estatura menor a 1.50 metros.
- ⇒ Tabaquismo, adicciones al alcohol y drogas.
- ⇒ Estado Nutricional: desnutrida u obesa, adolescentes con trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- ⇒ Adolescentes con discapacidad física o mental.
- ⇒ Adolescentes con VIH positivo o Sida.
- ⇒ Adolescentes con VDRL positivo.
- ⇒ Adolescente con ideas persistentes de aborto o presionadas por la pareja o la familia para abortar.
- ⇒ Adolescente multígesta: más de tres embarazos o abortos.
- ⇒ Adolescentes que son abandonadas o rechazadas por la familia debido al embarazo.

Clasificación del Riesgo

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de Riesgo. De acuerdo a la normativa actualizada de “Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, N-011” se divide a las embarazadas en dos grupos (Ver Algoritmo No. 2, página 82):

1. Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado “**BAJO RIESGO**” (**Cuidados Básicos**).
2. Y aquéllas que necesitan **Cuidados Especiales “ALTO RIESGO”** determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

La clasificación de “**BAJO RIESGO**” o “**ALTO RIESGO**”, se determinará con la aplicación del Formulario de Criterios de Clasificación del Riesgo. (Ver Anexo No. 2 “**Criterios para Clasificación de Riesgo en la Atención Prenatal**”, pág. 73).

- En la primera atención prenatal aplicar el formulario: 18 preguntas con respuestas cerradas Si/No.
- Si responden Si a cualquiera de las 18 preguntas se deberá de clasificar como **Embarazada de ALTO RIESGO**.
- El **formulario debe de aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la paciente puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO**.
- Una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación, **posteriormente puede ser considerada apta para seguir el componente básico**. El especialista debe determinar el manejo de seguimiento en la hoja de contrarreferencia, así mismo garantizar y recomendar referencia oportuna a casa materna.
- Las consultas médicas por patologías no deben de registrarse en el **SIVIEMB**.

Si se clasifica a la adolescente embarazada como BAJO RIESGO:

- ✓ Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.
- ✓ De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.
- ✓ Se deben realizar **Cuatro Atenciones Prenatales** durante la embarazo.
- ✓ Se realiza evaluación (**aplicación de formulario de riesgo**) antes de cada atención prenatal y se decide si continua en BAJO RIESGO o se refiere a cuidados especiales (ALTO RIESGO).

Si se clasifica a la adolescente embarazada como ALTO RIESGO:

- ✓ Se le empieza o continúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal.
- ✓ De ser posible empezar el llenado de la Historia Integral de la/el Adolescente.
- ✓ Las **atenciones prenatales** en este grupo de riesgo **son un máximo de Siete Consultas**. Si por alguna patología o comorbilidad debe de evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar **Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías** (a criterio del médico tratante) y eso deberá de consignarse como motivo de consulta, **no es correcto establecer como APN a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal** en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.
- ✓ La vigilancia de la **comorbilidad** es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse oportunamente el motivo de consulta si es **Atención Prenatal o Consulta Médica por Patología / Seguimiento de Patologías**).
- ✓ Es importante mencionar que a pesar de que el motivo de la consulta sea una patología determinada (diabetes, hipertensión arterial etc.) hay **actividades que son de realización obligatoria** con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal en cada atención y que deben de interrogarse y dejarse establecido en la evaluación médica en el expediente clínico. (**Signos vitales, Frecuencia Cardíaca Fetal y Movimientos Fetales, Evaluación de datos de Alarma, Peso y Análisis del Incremento del mismo**).

A toda adolescente embarazada, deberá llenársele el Formulario de Criterios de Clasificación de Riesgo de la OMS.

Adolescente embarazada y con condición o patología que agrave su estado o morbilidad materna

Serán clasificadas como ALTO RIESGO para realizar Cuidados Esenciales por Especialista en Gineco-Obstetricia o cualquier otro especialista que sea necesario que la atienda (Equipo Multidisciplinario). Este equipo multidisciplinario será coordinado por el

Obstetra, quien será el encargado de organizar todo el proceso de atención multidisciplinaria. Según su criterio se acuerda la periodicidad que no debe ser inferior a cada cuatro semanas, hasta la semana 30.

Se recomienda:

- Valoración y manejo nutricional por nutricionista.
- Valoración y manejo recomendado por personal entrenado en salud mental.
- Valoración y acompañamiento por Trabajo Social desde donde se debe coordinar con equipo psicosocial del MIFAN un plan de protección.

DIAGNOSTICO

Es poco frecuente que las adolescentes consulten a los servicios de salud para diagnosticar tempranamente la presencia de un embarazo. Lo común es que ellas consulten por motivos distintos de los que genera un embarazo como síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos; por ejemplo: gastritis, náuseas, vómitos, sueño o insomnio, cefalea, debilidad o decaimiento entre otros.

Lo descrito hace necesario que usemos nuestras habilidades para identificar signos **presuntivos, de probabilidad y de certeza**.

Cuando la adolescente acude a consulta, el personal de salud deberá:

- Establecer una relación de confianza, que permita mantener un contacto permanente y fluido: preguntando su nombre, edad, dirección, relación con su familia, estudios, si trabaja y además si su familia ¿sabe de este embarazo?.
- Asegurar la confidencialidad.
- No juzgar a la adolescente.
- Respetar y apoyar.
- Escuchar activamente a la adolescente, mirar a los ojos y dejar de hacer otras cosas que puedan interferir en esta entrevista.

Además de realizar el interrogatorio en un entorno privado, debe indagar sobre:

- ❖ Signos de Abuso o Violencia Sexual y Física,
- ❖ El ejercicio de su sexualidad:
 - ¿Tiene relaciones sexuales?
 - ¿Ha estado planificando?
 - ¿Desea un embarazo?
- ❖ Historia de ITS/VIH-Sida,

Y de acuerdo a las respuestas encontradas se puede sospechar que la adolescente puede estar embarazada y hay que averiguar los aspectos clínicos.

Si la familia desconoce el embarazo, recomendará elegir a la persona en quien más confíe la adolescente para transmitir la noticia, cómo hacerlo y en qué momento. Si no lo puede hacer sola, ofrecer una entrevista conjunta con los padres.

Signos presuntivos, de probabilidad y de certeza

Los **presuntivos** y **probables** aparecen en etapas tempranas (aparecen al final de la cuarta semana de embarazo y desaparecen en el curso de la 18ava semana de embarazo), los de **certeza** hacen su aparición más tardíamente (entre la dieciséis y la vigésima semana de embarazo).

Signos Presuntivos

- Sialorrea²⁴

²⁴ Sialorrea es la excesiva producción de saliva

- Náuseas / vómito / mareos
- Cambios en el patrón alimenticio (falta de apetito y gusto)
- Lipotimia²⁵
- Cambio del carácter (tristeza)
- Aumento de la frecuencia urinaria y disuria
- Aumento de la sensibilidad, tamaño y pigmentación de los senos
- Fatiga / Cansancio / Desgano
- Palpitaciones
- Cambios en el patrón del sueño (somnolencia)
- Ausencia de la menstruación: recordar que son muy comunes los ciclos menstruales prolongados (oligomenorrea)
- Distensión abdominal

Signos de Probabilidad: Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos. Los Principales son: amenorrea y cambios en la forma y tamaño de útero.

Signos de Certeza:

- **Movimientos activos fetales** (percibidos por la madre o palpados por el personal de salud),
- **Latidos fetales** (al principio se pueden localizar en la región supra púbica, al final del embarazo se puede localizar en los cuadrantes superior o inferior según sea la posición de la cabeza) **y la**
- **Percepción por palpación de partes fetales.**

Otros aspectos a tomar en consideración:

- Disminución del rendimiento escolar
- Cambios en las relaciones con la familia y el entorno social

Una vez que se ha realizado un amplio interrogatorio, se ha llenado la Historia Clínica Perinatal y el Carne Perinatal; y de ser posible la Historia Integral de la Adolescente y se ha terminado el examen físico, podemos encontrar:

- Cambios de peso (principalmente aumento)
- Secreción mamaria
- Aumento del perímetro abdominal
- Palpación del útero en el hipogastrio
- Cambios en la piel: hiperpigmentación facial, de la línea media y estrías
- Cérvix y fondos vaginales violáceos (detectables con vaginoscopia)
- Cuello reblandecido, aumento del tamaño uterino, presencia de “pulso” en las caras laterales del útero (detectables al tacto vaginal).

Estos dos últimos exámenes se practicarán solo ante una elevada sospecha o confirmación de la actividad sexual de la paciente y se establecerá la necesidad de una acompañante de acuerdo con la edad. Es importante también anotar aquí que se puede diferir el examen ginecológico, dependiendo de las circunstancias propias del momento.

²⁵ La lipotimia o desvanecimiento, que no se debe confundir con el síncope o desmayo es un síndrome que se presenta de manera repentina y efímera.

Protocolo para la Atención de Adolescentes Embarazadas

El diagnóstico debe confirmarse con pruebas que estén disponibles en las unidades de salud: pruebas rápidas en suero y orina (Sub Unidad Beta-HCG/ gonadotropina coriónica humana). Hoy en día esta prueba se hace confiablemente positiva a los 10 - 14 días después del último coito sin protección y exige cuidado en su interpretación. Si existe duda, es mejor recurrir a la opinión de un especialista. Aunque también se sugiere realizar desde 1 día después de la fecha en que corresponde que se presente el nuevo ciclo menstrual.

Otro método diagnóstico es el USG Transvaginal (en los embarazos inferiores a la semana diez y muy útil para establecer o confirmar la edad gestacional).

PROCEDIMIENTOS

Esta sección indica los criterios, los pasos y las acciones que dan respuesta a las necesidades y demandas específicas de esta etapa de ciclo vital y que deben seguir los profesionales de servicios de salud para garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a la adolescente durante su proceso de embarazo.

Teniendo en cuenta que este protocolo busca orientar la atención de manera que ayude a la adolescente a consolidar su proyecto de vida mediante la prevención de las consecuencias adversas que el embarazo puede ocasionarle a su salud, resulta útil explicar la necesidad de elaborar acciones diferenciadas de las recomendadas para embarazadas adultas.

Dentro de la calidad de la atención es de vital importancia establecer espacios en los que la privacidad y la confidencialidad se respeten en la medida que la situación lo requiera. A este respecto se recomienda practicar toda exploración ginecológica con la presencia de una familiar de confianza de la paciente o algún miembro del equipo de salud, a menos que la paciente exprese clara y enfáticamente su deseo de ser examinada en privado. Ante esta circunstancia, se debe documentar en la Historia Clínica Perinatal dicha situación.

Por otra parte, los beneficios de la consulta, y principalmente del interrogatorio en un entorno privado, pueden ser útiles desde la perspectiva de identificar la posibilidad de situaciones de abuso o violencia sexual y el maltrato. Pero también pueden favorecer el enfrentamiento de la paciente con su nueva responsabilidad al desligarla un poco de la presión familiar y, finalmente, explorar su pensamiento acerca de la sexualidad y así poder hacer un mejor acercamiento a la intervención en el puerperio.

Se refuerza la importancia de desarrollar acciones orientadas a la prevención del primer y siguiente embarazo adolescente; estas acciones deben buscar motivar a las adolescentes a posponer el inicio de relaciones sexuales hasta tanto cuenten con madurez y recursos suficientes para garantizar su bienestar, continuidad escolar, y que garanticen el crecimiento y desarrollado adecuado de su hijo(a). Es importante recordar que la capacidad de reproducción biológica antecede en por lo menos siete años a la capacidad de reproducción social o madurez psicológica y social²⁶.

Ruta crítica para la atención de la embarazada menor de 15 años

El Ministerio de Salud constituye una fuente de alerta en la detección del riesgo, prevención, atención y referencia importante de las víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual al MAI. Su intervención es fundamental, para la prevención, detección y atención de la violencia, en tanto la misma está reconocida como un problema de salud pública.

En las localidades en las que el Instituto de Medicina Legal no tiene presencia o sus servicios son limitados, se dará cumplimiento a lo que establece el Convenio de

²⁶Documento Técnico que Incluye El Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 Años Ajustado y Validado por Pares Externos. Ministerio de Protección Social de Colombia y UNFPA. Año 2013.

Coordinación Interinstitucional suscrito entre la Corte Suprema de Justicia y el Ministerio de Salud. Los profesionales del MINSA que estén autorizados o reconocidos por la CSE, asumirán los servicios de medicina forense para la recolección de la prueba científica en los procesos legales de atención a las víctimas.

Al personal de salud le corresponde brindar servicios especializados que permiten la recuperación de la salud física y emocional de las adolescentes víctimas de violencia sexual e intrafamiliar, aplicando los protocolos de actuación correspondientes y coordinando con las instituciones del Estado vinculadas a la violencia por razones de género, de acuerdo con el artículo 20 de la Ley Integral contra la Violencia Hacia las Mujeres²⁷.

Se parte del hecho de que cualquier entidad perteneciente a los sectores salud, protección y justicia puede recibir el caso de una niña menor de 15 años embarazada o con un evento obstétrico. Se construye, entonces, una ruta de atención entre esos tres sectores para cada una de las posibles circunstancias en las que la situación puede presentarse.

Con ese marco, de acuerdo con la discusión realizada sobre las circunstancias en las que cada sector puede identificar esta situación se establecieron las siguientes situaciones:

1. Niña menor de 15 años de edad embarazada de un adulto y/o detección de un evento de violencia sexual

Independientemente de si el caso de violencia sexual es detectado por el sector salud, justicia o protección, se deben activar las rutas de intervención de los demás sectores comprometidos en la restauración de derechos de las víctimas. Cada uno de los sectores a los que puede llegar el caso tiene una ruta interna, pero, a su vez, una ruta intersectorial que debe activar a los otros dos sectores para dar inicio al proceso de restablecimiento de los derechos de la víctima (Ver Algoritmo No. 3 Flujograma para la Atención de Víctimas de VIFS, pág. 83).

Si el caso lo recibe el sector justicia (alguna entidad encargada de la recepción de denuncias o de la investigación de los delitos sexuales: Fiscalía, Policía Nacional, Comisarías de la Mujer y Familia), debe activar inmediatamente al sector salud (preferiblemente a un servicio de emergencias de un establecimiento de salud), puesto que cualquier caso de violencia sexual es una urgencia médica, y la víctima, independientemente del tiempo transcurrido desde el evento de violencia sexual, requiere y tiene derecho a intervención para el restablecimiento de su salud física y mental.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección (MIFAN); sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección (MIFAN), al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación socio familiar en el medio, la cual permitirá

²⁷ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Nicaragua. Año 2012

verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone.

2. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años

Cuando el caso es recibido por el sector justicia, al igual que en la anterior ruta, se activa de manera inmediata la atención en salud para la víctima como urgencia médica (en salud física y mental, bien sea por causal violencia sexual o por la causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre) y se activa la protección para la atención correspondiente y el proceso de restablecimiento de derechos de la niña.

Estos casos son remitidos al sector justicia, con fiscales y jueces especializados que evaluarán la necesidad de perseguir o no penalmente al adolescente, ya que en esta situación específica puede no haberse presentado el abuso de una asimetría de poder o fuerza que diera como resultado el embarazo.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección (MIFAN); sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que promover que las parejas de adolescentes embarazadas asistan a la atención en los servicios médicos que presta el sector salud. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación socio familiar en el medio, la cual le permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone.

3. Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente menor de 14 años

Esta situación es poco frecuente y por las características del delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años, si el embarazo es producto del contacto sexual “consentido” entre dos menores de 14 años, no podría en estas circunstancias existir un agresor (puesto que los menores de 14 años no son responsables penalmente) y una víctima, dado que ambos cabría la misma calificación.

En esta situación no hablamos de un evento de violencia sexual, pues se trata tanto jurídicamente como desde el aspecto biopsicosocial de una problemática de embarazo temprano que afecta a niño y niña de diferente forma y requiere una intervención oportuna e integral para proteger los derechos de ambos, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre.

Si la situación llega al conocimiento de las autoridades del sector justicia (alguna persona pudo haberlo denunciado) no se inicia una investigación penal, pero sí se activa inmediatamente la remisión a salud, puesto que la vida de la niña embarazada corre un alto riesgo y ambos menores requieren intervención integral en salud. De igual forma y por su ruta interna, las autoridades deben activar también la protección especial para dar inicio al proceso de acompañamiento de los niños(as) y garantizar sus derechos.

Si el sector salud identifica la situación y, reiteramos, no se trata de un evento de violencia sexual, activa al sector protección de la misma forma y con los mismos fines mencionados en el anterior párrafo.

Detección de casos sospechosos de Violencia Sexual

La detección de casos sospechosos de VS debe hacerse en todos los servicios de salud, en especial aquellos en que la experiencia indica deben ser considerados sitios centinelas, como Emergencias, Pediatría, Ginecología, Atención Prenatal, Salud Mental, Urología, Centros y Puesto de Salud Familiar y Comunitario (Planificación Familiar, Atención Prenatal, entre otros).

A. Detección en los Servicios de Salud.

a. Entrevista a personas sospechosas de sufrir VS

La entrevista a las personas sospechosas o supuestamente confirmadas de ser víctimas de violencia tiene una importancia decisiva para el buen resultado del proceso de prevención, detección y atención de la VS.

Por otra parte, los elementos a considerar para la realización de una buena entrevista no difieren en su esencia cuando se pretende identificar la exposición a la violencia en personas que no han declarado esa situación o cuando se interroga a una víctima que solicita atención por los efectos de la violencia, con independencia de la edad u otros factores.

Por estas razones, los principales requisitos y criterios básicos para la realización de la entrevista se abordan como un tópico independiente, para evitar su repetición en cada procedimiento:

- La entrevista debe hacerse en un espacio destinado para este efecto, con buenas condiciones de privacidad, iluminación y ventilación. Si la institución de salud no dispone de un espacio específico para este fin, la entrevista deberá realizarse en el sitio que reúna las mejores condiciones.

Como consecuencia de la situación que experimentan, las víctimas de violencia, cualquiera que sea su edad, presentan formas de comportamiento peculiares que deben tenerse en cuenta al tratar de establecer una relación efectiva para los fines de su atención integral.

- Es necesario crear un ambiente empático, de comunicación asertiva y confidencialidad, que haga sentir segura y confiada a la persona entrevistada.
- Antes de comenzar la entrevista, resulta procedente investigar si la persona que sufre violencia ya fue entrevistada antes. Si la respuesta es positiva, precisar cuándo, en qué institución o centro de servicios, y quién condujo la entrevista, para tener una apreciación de los aspectos que deben haberse abordado y evitar reiteraciones que conduzcan a la revictimización.

- Es muy importante tener en cuenta que el interrogatorio deberá limitarse a los aspectos que resulten pertinentes y relevantes a los fines del diagnóstico y la atención médica o psicológica.
- Cuando la entrevista tenga como objetivo la detección de casos de VS, no es correcto tratar de identificarlos utilizando preguntas directas como:
 - ¿Es usted víctima de violencia doméstica? o
 - ¿Ha sido usted agredida por su pareja?

En tales situaciones es más recomendable utilizar el Cuestionario de Tamizaje de VIFS, que facilita la identificación de los signos indicativos de violencia.

Por ninguna razón debe ponerse en duda la credibilidad en los hechos narrados o descritos por la víctima de violencia, aun cuando estos puedan parecer sin sentido o no tengan secuencia lógica.

PROCEDIMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	
NO SE DEBE	SI SE DEBE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogarle innecesariamente sobre la situación vivida. ✓ Utilizar la expresión ¿Por qué?, ya que es revictimizante. ✓ Juzgar o culpabilizar ✓ Minimizar la situación. ✓ Expresar dudas o insinuar que miente. ✓ Ofrecer recompensas para obtener información. ✓ Amenazar con negarle ayuda si no las responde. ✓ Dejarla sola o con personas desconocidas. ✓ Sugerir las respuestas o presionar para que la víctima de respuestas que no quiere dar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar apoyo, contención. ✓ Mostrar credibilidad a su relato de los hechos. ✓ Permitir expresar sus sentimientos con libertad. ✓ Estimular su decisión de buscar ayuda para iniciar el proceso de atención. ✓ Respetar sus decisiones. ✓ Desculpabilizar. ✓ Si está muy alterada, detener la entrevista si fuera necesario, hasta que se calme. ✓ Si resulta oportuno, estimular su decisión de buscar ayuda para iniciar el proceso de atención. ✓ Brindarle la posibilidad de acudir al equipo de salud siempre que necesite apoyo. ✓ Asegurar total confidencialidad sobre su situación. ✓ Explorar sobre la relación familiar, sobre todo en el caso de niñas, niños, adolescentes y adultos mayores. ✓ Indagar el riesgo eminente para la vida y si requiere protección en especial en niñas, niños y adolescentes.

En el caso de que la víctima sea un niño, niña o adolescente, es necesario considerar que su edad y grado de madurez tendrán una influencia marcada en el desarrollo y los resultados de la entrevista, que deberá ajustarse a dichas condiciones, resultando para ello fundamental:

- Brindarle confianza y seguridad, haciéndole saber que se le escucha, cree y apoya para enfrentar la situación que está viviendo.
- Utilizar técnicas de comunicación asertivas y lenguaje apropiado.

- Mostrar que no se le juzga, condena o estigmatiza, asegurándole que la atención que se le brinda persigue su beneficio.
- En estos casos, si se considera necesario, podrá considerarse la posibilidad de entrevistar por separado a la persona que acompaña al niño, niña o adolescente.

b. Desarrollo del Cuestionario de Tamizaje de VIFS

El momento oportuno para aplicar el Cuestionario de Tamizaje de VIFS, es durante la elaboración del expediente clínico, que en todos los casos se realizará siguiendo las orientaciones contenidas en la “N-004: Norma para el Manejo del Expediente Clínico”.

Una vez completado el Cuestionario de Tamizaje de VIFS, se adjuntará al expediente clínico, del que formará parte. Si los resultados del tamizaje indican que la persona es afectada por VIFS, se dará prioridad a la solución de los problemas físicos y/o psicológicos que necesiten atención inmediata.

En los casos de niñas, niños y adolescentes, es frecuente requerir una intervención en crisis en el momento de la detección, debido a que la revelación de su exposición a la violencia significa la reiteración de la agresión sufrida, con su carga de trauma y dolor, pudiendo experimentar también culpa o miedo, por las amenazas y la manipulación del abusador/a, situación que se agudiza cuando esta persona es alguien cercano por el parentesco o los afectos. (Ver Anexo No. 3, Cuestionario de Tamizaje a Adolescentes con sospecha de Violencia Intrafamiliar y Sexual, pág. 74).

Se notificará de inmediato el caso al Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez (MIFAN) y/o Comisaría de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para que den inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral de las necesidades de la víctima.

Posteriormente se brindará información a la persona afectada, y si se considera oportuno, a sus familiares presentes, sobre la repercusión de la VIFS en su salud y desarrollo personal, explicándole la importancia de recibir atención especializada para modificar los factores de riesgo y enfrentar la situación de violencia que está experimentando, incluyendo la conveniencia de proceder a denunciar la situación de violencia.

c. Si se confirma el caso se notificará a Vigilancia epidemiológica, según el procedimiento establecido por el MINSA.

Se procederá al llenado de la boleta de notificación en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, según el procedimiento establecido por el MINSA.

Los casos de VIFS detectados mediante este procedimiento serán referidos para su valoración por equipos interdisciplinarios, sensibilizados y capacitados para dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso, estableciendo, cuando sea necesario, las coordinaciones con las restantes instituciones de la red local de atención integral a las víctimas de violencia de género.

Previamente se aplicará la Ficha de Registro y Seguimiento de Víctimas de Violencia; (Ver Anexo No.5 Ficha de Registro y Seguimiento a Víctimas de Violencia, pág. 77). El original se envía en la referencia y la copia se anexa al expediente clínico.

Se procederá a llenar el formato de referencia y a registrar el caso, según lo establecido al efecto en las normativas del SIREC del MAI²⁸.

1. Procedimiento para la Atención de Personas Afectadas por VS

Las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual pueden llegar a las unidades de salud por las siguientes vías:

- Como resultado de las acciones de detección de VS que desarrolla la propia unidad.
- Por demanda espontánea.
- Referidas por el MIFAN, la Comisaría de la Mujer y la Familia, el Ministerio Público.
- Referidas por otra unidad de salud o centro alternativo de atención a la VIFS.
- Referidas por la comunidad.

Los objetivos de la atención de salud a las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual son:

- *Brindar atención médica y psicológica, básica y especializada, que requiera, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia para poner a su disposición todos los recursos del sistema de salud y de las restantes instituciones y centros alternativos que integran la red de atención integral a la violencia de género.*
- *Modificar la exposición a riesgos y limitar los daños a la salud de la persona afectada.*
- *Reducir las posibles complicaciones y discapacidades.*
- *Promover estilos de vida saludables, brindando información que permita a la persona afectada tomar sus propias decisiones para el cambio.*

En todos los servicios de atención de emergencias de las unidades de salud deberá ubicarse en lugar visible un flujograma de atención actualizado, dirigido a las personas que son víctimas de Violencia Sexual (VS), para evitar su revictimización.

Las personas afectadas por violencia sexual de cualquier tipo, especialmente los niños, niñas y adolescentes y las que acudan por referencia de alguno de los centros que integran la Ruta Crítica de Atención a la Violencia, serán atendidos con la máxima prioridad y no podrán ser demorados o rechazados por ninguna razón o circunstancia.

En primer término, el personal de salud hará una valoración de la gravedad de las lesiones o daños psicológicos presentes, procediendo a atender aquellos que requieran intervención inmediata para restablecer el equilibrio físico o psicológico de la víctima.

Una vez estabilizada la situación clínica de la víctima, se procederá a notificar el caso al MIFAN y/o la Comisaría de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para que den inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral de las necesidades de la víctima. *En el caso de tratarse de una niña, niños o adolescentes, deberá informar al MIFAN para establezca los mecanismos de protección según el caso.*

Posteriormente se aplicará el Procedimiento completo para la atención a las víctimas de VIF, cuyos elementos fundamentales se detallan a continuación:

²⁸ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

1. **Proceder a la elaboración de la historia clínica**, siguiendo las disposiciones de la Norma 004: para el Manejo del Expediente Clínico, considerando en especial:
 - Anotar con precisión la fecha y hora en que se recibe a la persona víctima de violencia intrafamiliar y sexual.
 - Señalar si la víctima acude espontáneamente o si es referida por otro servicio de salud, por alguna otra instancia o centro alternativo de la ruta de atención o por la comunidad.
 - Reflejar si viene sola o si es acompañada por su pareja, un familiar u otra persona. Precisar si quien la acompaña representa a algún centro de la ruta de atención.
 - Registrar las condiciones físicas generales en que se presenta: lesiones visibles, sangrado, aspecto personal, estado de las prendas de vestir.
 - Describir la situación psicológica que presenta (llanto, agitación, miedo, depresión, crisis emocional).
 - Recoger el motivo principal de la atención.
 - Realizar la anamnesis completa, destacando los antecedentes patológicos personales y familiares de interés.
 - Identificar los factores de riesgo personales y familiares de violencia.
 - Realizar un examen físico completo:
 - Previamente se procederá a obtener el consentimiento de la víctima, explicándole la necesidad y la importancia del examen y en qué consistirá éste (Ver Anexo No. 6 Consentimiento Informado para la Valoración Físico y Recolección Médico Legal, pág. 80). **Examinar a una persona sin su consentimiento podría resultar en cargos contra el personal de salud, o invalidar el valor probatorio de los resultados obtenidos.**
 - El personal de salud que atiende las víctimas de violencia sexual debe estar bien informado sobre el tipo de lesiones más comunes en estos casos y su ubicación habitual, para tenerlas en cuenta durante el examen físico.
 - Si se dispone de los formatos de diagramación corporal facilitados por el IML se utilizarán los mismos para señalar la ubicación de las lesiones. En caso contrario, se realizará una descripción minuciosa de las lesiones (número, localización, aspecto, extensión).
 - Todas las anotaciones que se hagan en la historia clínica deben ser resultado de un interrogatorio objetivo y un examen físico cuidadoso. En ningún caso se recogerán valoraciones subjetivas del personal de salud que relacionen los hallazgos con la violencia experimentada, debido a las implicaciones que las mismas pueden tener en el manejo posterior de la información clínica durante los procesos legales.
2. **Deberán recopilarse y conservarse adecuadamente las evidencias forenses** y cualquier otro elemento que pueda tener valor de prueba en caso de proceso judicial, teniendo en cuenta las normativas establecidas por el Instituto de Medicina Legal para estos procedimientos.

Los médicos y psicólogos habilitados como peritos “ad honorem” por la Corte Suprema de Justicia, realizarán los exámenes y evaluaciones solicitadas por las autoridades competentes, aplicando las normativas del Instituto de Medicina Legal y utilizando en todos los casos los formatos oficiales establecidos para esos fines.

Para realizar este proceder y registrar su actuación se apoyarán en los formatos que aparecen en la Normativa 031 Norma y Protocolo para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

3. Realizar los estudios complementarios necesarios, como radiografías, análisis de laboratorio, para ITS, VIH y Hepatitis B, citologías forenses, pruebas de embarazo, etc. Por su importancia médico legal, los resultados de los estudios realizados deberán anotarse cuidadosamente en la historia clínica, además de ser adjuntados a la misma según el procedimiento normado.

4. Aplicar medidas de intervención:

- **Tratamiento médico y/o psicológico:** con hospitalización si las lesiones físicas o el estado emocional lo requieren. Si la víctima necesita la valoración de algún especialista, tramitar la interconsulta según los procedimientos establecidos en la unidad, incluyendo la referencia si fuera necesaria.

En todos los casos de violación, la atención médica integral debe incluir:

- ✓ Anticoncepción de emergencia para las mujeres atendidas en un plazo máximo de cinco días posteriores a la violación.
- ✓ Profilaxis de las ITS o el VIH, de conformidad con los protocolos vigentes.
- ✓ Vacunación contra la hepatitis B.
- **Evaluación del riesgo y establecimiento de medidas de seguridad:** para ello se requiere evaluar la gravedad de la violencia que está viviendo tanto la persona consultante como los demás miembros de la familia y valorar el grado de peligrosidad del agresor, teniendo en cuenta que todas las situaciones de violencia son riesgosas y potencialmente graves, pudiendo llegar hasta el homicidio y el suicidio.
- Se deben tener en cuenta los criterios de la persona afectada para valorar el riesgo que corre, pues nadie conoce mejor la peligrosidad de su agresor y cómo puede protegerse mejor.
- Si la víctima de violencia va a ser remitida para establecer una denuncia o para recibir apoyo y protección, se debe considerar que las personas agredidas corren más peligro, principalmente de homicidio, cuando deciden denunciar o buscar ayuda, por lo que serán acompañadas durante su traslado en todos los casos en que la víctima sea un niño, niña o adolescente y siempre que sea posible en caso de adultos.

5. Plan de Ayuda: se analizará con la persona afectada, o con su acompañante en el caso de los menores, las posibilidades de organizar un plan de ayuda y de escape, para ella y los miembros de su familia en peligro con el apoyo de familiares y/o amigos. Se le ofrecerá información sobre las posibilidades institucionales de solicitar medidas de protección especial; así como sobre los recursos alternativos o comunitarios que pueden brindarle apoyo y protección en albergues, etc.

6. Fortalecimiento y orientación: brindando información a la persona afectada para que pueda reconocer sus capacidades personales de enfrentar y modificar la situación

de violencia; sobre la importancia de hacer uso de su derecho a vivir una vida libre de violencia, incluyendo la posibilidad de interponer una denuncia y acceder a la justicia, y sobre otras instituciones o centros alternativos donde puede recibir atención médica y psicológica, apoyo jurídico, consejería familiar, albergue y protección. Es importante registrar la respuesta de la víctima a las alternativas de atención integral brindadas por la unidad de salud.

7. Registro y notificación del caso:

Se aplicará la Ficha de Seguimiento de Víctimas de Violencia (Ver Normativa 031 Norma y Protocolo para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual), cuyo original se envía en la referencia y la copia se anexa al expediente.

- Se procederá a registrar el caso, según lo establecido al efecto en las normativas del SIREC del MAJ²⁹.
- Se registrará el caso en el formato de notificación obligatoria en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

8. Referencia, contrarreferencia y seguimiento:

El funcionamiento adecuado de la referencia y contrarreferencia requiere establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, para identificar los servicios disponibles para la atención especializada y oportuna a las personas afectadas por violencia intrafamiliar.

Aplicar la boleta de referencia y contrarreferencia del MINSA cuando sea necesario la referencia a otra unidad de salud de mayor resolución y deberá registrar su actuación en el libro de registro de referencias y contrarreferencia de la unidad de salud, especificando el lugar donde hacia donde se remite (Ver Normativa 068 Referencia y Contrarreferencia).

Aplicar la ficha de registro y seguimiento de víctimas de violencia, cuando sea necesario la referencia a otro centro de atención contemplado en la ruta de atención, y deberá registrar su actuación en el libro de registro de la unidad, aclarando hacia donde fue la remisión. (Ver en la Normativa 031 Norma y Protocolo para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual).

Según las características del caso de violencia y la capacidad resolutoria del servicio de salud, la referencia y contrarreferencia podrán ser realizadas hacia:

- **El punto focal VIF** establecido en la unidad de salud para la atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar, desde donde se garantizará el seguimiento en la atención integral de la víctima de violencia.
- Todas las víctimas de violencia sexual, con independencia de su edad y sexo serán remitidos, con acompañamiento, a la Comisaría de la Mujer y la Familia o al Ministerio Público para el inicio del procedimiento de denuncia y la valoración de la aplicación

²⁹ Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. UNFPA, Managua 2015.

por las autoridades correspondientes de las medidas especiales de protección establecidas por la Ley cuando su seguridad se encuentre en riesgo³⁰.

- Las víctimas de VIFS de otras edades que acepten realizar los trámites de denuncia, serán referidas a la CMF o el MP, para iniciar el proceso correspondiente, según las normativas del MAI. La contrarreferencia a la institución o centro de procedencia de la víctima se realizará tan pronto se concluya el proceso de atención solicitado en la referencia.
- En cada caso se procederá a llenar el formato de referencia o de contrarreferencia, según las normativas del SIREC del MAI y las indicaciones propias del Ministerio de Salud.
- **Otra unidad de diferente capacidad resolutive para completar la ruta de atención y será referida mediante la Boleta establecida en el SIREC del MINSA.**

La CMF, el Ministerio Público, el Ministerio de la Familia u otras instituciones y centros alternativos que brindan servicios de atención integral a las víctimas de violencia. Para una adecuada referencia y contrarreferencia es imprescindible establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales y así disponer de los servicios necesarios para la atención especializada y oportuna que requieran las personas afectadas por violencia sexual. En estos casos se relazará la referencia utilizando el modelo establecido (Ver Normativa 068 Referencia y Contrarreferencia), el que se le entregará a la persona VIFS o y/o la personal de salud que acompañe al niño, niña o adolescentes según el caso.

9. Seguimiento:

Se establecerá el plan de seguimiento, planificando las interconsultas u otras citas requeridas, según las necesidades de atención de la persona afectada.

Tanto si la víctima de violencia seguirá siendo atendida en la unidad de salud, como si es referida a otra institución o centro alternativo de servicios, se le brindará seguimiento por parte del equipo de salud que la atendió inicialmente, con la finalidad de conocer la efectividad del tratamiento y asumir la corresponsabilidad por la atención integral.

RESUMEN DEL PROCESO DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE VS
DETECCIÓN DE CASOS DE VS
Búsqueda sistemática de signos indicativos de VIFS. Aplicación del cuestionario de tamizaje a casos sospechosos de VIFS. Ver Anexo No. 3, pág. 74 Si resultados del tamizaje indican violencia sexual, iniciar proceso de atención.
NOTIFICACIÓN A LA CMF O EL MINISTERIO PÚBLICO
Todos los casos sospechosos o confirmados de violencia sexual serán notificados de inmediato a la Comisaría de la Mujer y la Familia, o en su defecto al Ministerio Público, para dar inicio al proceso de acceso a la justicia y atención integral.
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VS
1. ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE MAYOR GRAVEDAD
Elaborar la historia clínica, siguiendo normativas del MINSA: ✓ Interrogatorio detallado.

³⁰ Ley 287, Código de la Niñez y la Adolescencia. Artículo 76. La Gaceta-Diario Oficial No. 97, 27 de Mayo de 1998.

<ul style="list-style-type: none">✓ Examen físico completo, previo consentimiento informado.✓ Exámenes complementarios necesarios, según daños y tipo de violencia. <p>Brindar atención inmediata a los problemas de salud que lo requieran.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aplicar intervención en crisis si es necesaria. (Ver Anexo No. 2, pág. 112 de la Normativa 031)✓ Brindar anticoncepción de emergencia, profilaxis de las ITS y vacunación contra Hepatitis B <p>Referir el caso para valoración por el Equipo Multidisciplinario de VIFS, si se justifica.</p>
2. FORTALECIMIENTO Y ORIENTACIÓN
<p>Informar sobre impacto de VS en salud y desarrollo personal y familiar.</p> <p>Explicar importancia de ayuda especializada para modificar riesgos y enfrentar VS.</p>
3. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN
<p>Registrar el caso, según las normativas del MINSa y las orientaciones del MAI.</p> <p>Llenar la Ficha de Seguimiento de Víctimas de Violencia.</p> <p>Elaborar la boleta de notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p>
4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
<p>Referir a unidad de salud de mayor capacidad resolutoria si es necesario.</p> <p>Referir a CMF o MP para iniciar proceso de denuncia y acceso a la justicia, o a otro centro de la ruta de atención si fuera el caso.</p> <p>Contrarreferir a la unidad de procedencia los casos recibidos mediante referencia.</p> <p>(Completar los formatos de referencia o contrarreferencia, según corresponda).</p>
5. SEGUIMIENTO
<p>Definir el seguimiento, coordinando con centros participantes en Ruta de Atención.</p> <p>Planificar las citas o interconsultas que sean necesarias.</p>

Consejería a la adolescente embarazada

Cabe recordar que es imprescindible realizar todos los esfuerzos requeridos para evitar la revictimización de la adolescente, evitar todo tipo de exposición innecesaria y velar por que se cumpla con la confidencialidad del caso.

Cuando una adolescente embarazada está informada y se le da seguimiento a su embarazo, el MINSA en conjunto con el MIFAN, deben brindarle apoyo psicosocial especializado. A la vez brindar información y educación en el Programa Amor para los más Chiquitos y Chiquitas; referente a la Estimulación Temprana, Lactancia Materna (Apego Precoz), Higiene Personal, Importancia de acudir a las Atenciones Prenatales, Dormir Bien, Alimentarse Bien, Limpieza en el Hogar y Dar a Amor al Futuro Bebe).

Guía para el apoyo en intervención en crisis

La adolescente, por su situación de vulnerabilidad como adolescente y embarazada, en ciertos momentos puede presentar crisis durante la consulta que es necesario resolver, no ignorar, de modo que se dé una atención de calidad en beneficio de la adolescente y su hijo o hija. Por tanto, exponemos los siguientes aspectos a tomar en cuenta:

- + No desvalorizar sus sentimientos, para ella son reales.
- + Mostrarse comprensivo (a) de la situación con gestos amables.
- + Ser cálido (a) y buscar que se tranquilice.
- + Utilizar un lenguaje agradable con tonos bajos.
- + Mostrarle que entendemos lo que le está pasando, que sepa que cuenta con nosotros en ese momento y que se le va ayudar.
- + Apoyarla en todo momento.
- + *Si se identifica ansiedad, depresión o Bullying referirla a un especialista en salud mental, para el abordaje integral de este problema.*
- + *Si se identifica violencia intrafamiliar notificar a la Comisaría de la Mujer y la Familia y al MIFAN para protección especial.*

Atención Prenatal

La atención prenatal en la adolescente embarazada, debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, de ser posible en el primer trimestre (antes de la semana 12). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las adolescentes inician su APN de forma tardía debido a diferentes circunstancias, entre las cuales podemos mencionar:

- ❖ Identificación tardía de su condición.
- ❖ Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- ❖ Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- ❖ Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- ❖ Ausencia de servicios de protección social.

- ❖ Poco entendimiento y conciencia para asumir la postura y cuidado que su condición requiere.

De acuerdo a la Guía práctica para Evaluar la Atención Prenatal y Adolescentes del Ministerio de Salud, se conserva el algoritmo de atención a toda paciente adolescente embarazada. (Ver Anexo Algoritmo No. 1, pág. 81).

Elementos a considerar en una Entrevista a una Adolescente Embarazada

Aspectos del o la entrevistadora:

- ✚ Escuchar las necesidades de la adolescente.
- ✚ No censurar.
- ✚ No moralizar o juzgar.
- ✚ Dar educación sexual científica sin incluir las creencias morales o religiosas del entrevistador o entrevistadora.
- ✚ Mirar a la cara de la adolescente cuando la entreviste.
- ✚ Mostrar gestos amables.

Aspectos a explorar

- ✚ Significado del embarazo para la adolescente.
- ✚ Significado del embarazo para la familia de la adolescente.
- ✚ Significado del embarazo para la pareja de la adolescente y su familia.
- ✚ Manejo de la sexualidad de la adolescente y su pareja.
- ✚ Planes de la adolescente y su pareja a corto y mediano plazo.
- ✚ Conocimientos de la adolescente y su pareja acerca de cuidados del hijo o hija.
- ✚ Conocimientos de la adolescente y su pareja acerca del autocuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La Atención Prenatal de la adolescente debe cumplir las mismas acciones preventivas de una mujer adulta, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Brindar atención integral (bio-psico-social) y diferenciada, con calidad y respeto a su discapacidad, si la tiene, con enfoque de género y pertinencia cultural.
- Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el bebé.
- En la entrevista haga énfasis en:
 - Factores de riesgo que predisponen al embarazo adolescentes (por ejemplo: analfabetismo, paridad, antecedentes de cesáreas, desnutrición, fumadora, hipertensión arterial, diabetes, otros).
 - Factores de riesgo protectores (por ejemplo: apoyo de la pareja y familia, presencia de un proyecto de vida, estudios, entre otros).
 - Actividades a desarrollar en cada atención prenatal, del parto institucional y del puerperio.
 - Estado emocional y psicológico, violencia intrafamiliar, sexual, adicciones, depresión, ansiedad.
 - Alimentación durante el embarazo
 - Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y tardío

- Evaluación de Papanicolaou o IVAA, tamizaje de detección de cáncer cervical y de mama (autoexamen).
 - Prevención de uso de drogas y alcohol
 - Sexualidad y afectividad
 - Modificaciones corporales en los diferentes trimestres
 - Paternidad y maternidad responsable
 - Estímulo de conductas que favorezcan el apego entre madre hijo (a)
 - Prevención de ITS, VIH y Sida (dos pruebas durante los APN).
 - Reinserción al núcleo familiar, social y cultural
 - Información y educación para el Autocuidado, Programa Amor para los más Chiquitos y Chiquitas y su Proyecto de Vida.
- d) Examen físico completo.
- e) Requiera o evalúe exámenes de laboratorio.
- f) Evaluación bucodental.
- g) Oferte los métodos de planificación familiar para lograr espacios intergenésico óptimos (después del parto).
- h) Informe y oriente sobre problemas encontrados y acciones preventivas.
- i) Referencia oportuna si el caso lo amerita (por signos encontrados durante la evaluación clínica o interconsulta a especialistas).
- j) Realice las acciones de vigilancia epidemiológica, si el caso lo amerita.
- k) Oriente sobre Plan de Parto.
- l) Si la adolescente es de zonas lejanas o rurales, promocionar las Casas Maternas para su Alojamiento y Parto Institucional.
- m) Acuerde con la paciente la próxima cita.
- n) Oferte la cartera de servicios a paciente y/o acompañantes.
- o) En particular, las atenciones prenatales de las adolescentes embarazadas, en aras de pertinencia y oportunidad, deben ofrecer flexibilidad en los horarios para facilitar acceso, aceptación y adherencia al programa.
- p) Las menores de 15 años deben estar acompañadas por adultos de su confianza, que demuestren capacidad de protección.

Acciones preventivas en el embarazo

Recordar que en la adolescente embarazada, deben realizarse las actividades básicas y que deben cumplirse en **TODAS** las atenciones.

Tabla No. 1 Actividades básicas que deben cumplirse en TODAS las atenciones prenatales

No.	Actividades	I APN Captación Antes de las 12 Semanas	II APN A las 26 semanas	III APN A las 32 semanas	IV APN A las 38 semanas
1	Llenado del Expediente Clínico, HCP (Ver Anexo No. 1, pág. 72) y resto de formularios. Historia Integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la situación psicoemocional 	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales	X	X	X	X

4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	➤ Glicemia	X	X	X	X
	➤ Examen General de Orina ➤ Cintas Reactivas de Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica). ➤ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofurantoína sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días. ▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o Cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. 	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)
	➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH	X (antes de las 20S/G)	X (después de las 20 S/G)	Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado	X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto)

					cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemicidad de la zona)	X	X	X	X
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	Suplemento con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X
21	Suplemento con Ácido Fólico: <u>Prevención de ocurrencia (primera vez): 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u> <u>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural:</u> (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m2, Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Ácido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: 4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.	X	X	X	X
22	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E): Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia <ul style="list-style-type: none"> Pre eclampsia previa Anticuerpos anti fosfolípidos Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente IMC > 29 Kg/m2 Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas) Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) Periodo Intergenésico mayor a 10 años Migraña Tabaquismo 		NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS	X Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día) , a partir de las 12 S/G) <ul style="list-style-type: none"> Vía oral Abstención de alcohol. Dejar de Fumar. Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. 	
23	Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sintómico N-113, MINSA.	X	X	X	X

28	<p>En casos de Amenaza de Parto Prematuro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Dexametasona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. • Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg. 		X		
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X
<p>Manejo y almacenamiento de las cintas de uroanálisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Cintas de Uroanálisis traen reflejado tanto en su empaque primario como empaque secundario la temperatura adecuada para su almacenamiento la cual va de 2 a 30 °C, sin embargo se ha observado que las almohadillas que contiene la tira reaccionan por los cambios de temperatura por lo cual se ha sugerido dejarlas a temperatura ambiente desde su almacenamiento en el CIPS suponiendo que las bodegas están debidamente ventiladas. ▪ Conserve las cintas en su envase original. ▪ No utilice las cintas después de la fecha de caducidad impresa en la etiqueta del envase. ▪ Un envase nuevo de cintas de uro análisis puede usarse durante 6 meses. ▪ Anotar en la parte de afuera del envase la fecha en que lo abrió por primera vez. ▪ No saque del envase la bolsita de desecante que proporciona el fabricante. ▪ Saque las cintas del envase solo si van a utilizar de inmediato. <p>Terminos COE: El almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos terminos son los mismos terminos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar)³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxitocina ▪ Ergonovina/Ergometrina ▪ Hidralazina (ampolla) ▪ Cintas de Uro análisis (Revisar indicaciones de almacenamiento orientado en el prospecto) <p>Garantizar la existencia de otros insumos COE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulfato de magnesio ▪ Nifedipina ▪ Clotrimazol ▪ Metronidazol ▪ Labetalol 					

³¹ Centro de Insumos para la Salud. Lista de productos que necesitan almacenamiento en cuarto frio. Corte 31 de agosto 2013.

Además realizar las siguientes Acciones Básicas de acuerdo a la Normativa 011: Norma para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, en la actualización realizada en el año 2015:

1. **Calculo de edad gestacional:** La amenorrea debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar y ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del **Primer día de la última menstruación**.
2. **Medición de Signos Vitales:** Realizar medición de frecuencia cardiaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (P/A).
3. **Prescripción de la Aspirina**
 - Embarazada con **RIESGO INTERMEDIO y ALTO de Pre eclampsia administrar tableta de 100 mg/día** oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 sem, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de embarazo.

Iniciar aspirina después de las 16 semanas no tienen ningún beneficio ni utilidad clínica. Si la paciente debuta con enfermedad hipertensiva tardíamente y es captada por primera vez por personal de salud después de las 20 semanas NO iniciar aspirina por el pobre beneficio demostrado).

4. **Prescripción del Calcio**
 - En el grupo de pacientes con **ALTO Riesgo de pre eclampsia** se prescribirá calcio vía oral 1,800 mg/día a partir de la 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas y se cumplirá hasta las 36 semanas (**la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo con baja ingesta de calcio**) se **deberá evitar** su uso generalizado en todas las embarazadas. **Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.**
5. **Examen Físico General Completo:** Seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar Genitales internos.
 - **Se recomienda una revisión ginecológica durante el embarazoⁱⁱ, idealmente al momento de la captación** para determinar elementos clínicos de infección, y alteraciones locales. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolaou si el mismo no ha sido realizado en el último año. **Si en la APN de rutina no se acepta el tacto vaginal** se debe informar y sensibilizar sobre la importancia de la misma con énfasis en aquellas mujeres con antecedentes de: aborto espontáneo en el segundo trimestre, parto prematuro o síntomas de sangrado vaginal, pérdida de líquido y/o dolor abdominal.
6. **Atención de la Salud Bucal:** Es importante desde la primera atención prenatal **referir a la embarazada a los servicios de odontología**, con el fin de hacer revisión general y diagnosticar y/o tratar procesos infecciosos y/o demás alteraciones odontológicas.
7. **Medición de Talla, Peso, llenado y vigilancia de curva de Incremento de Peso Materno (IPM)**

Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC), cuya fórmula es **Peso en Kg / Talla en m²**. Es importante además relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazoⁱⁱⁱ (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC.

- **Desnutrición:** (< 18.5 Kg/m²)
- **Peso normal, Eutrófica:** (18.5 – 24.9 Kg/m²)
- **Sobrepeso:** (25 – 29.9 Kg/m²)
- **Obesidad:** (> 30 Kg/m²)

8. Examen Obstétrico

a) **Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y evaluación de Curva del Crecimiento Fetal.**

9. **Aplicación de vacuna antitetánica.** Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas.

10. **Hacer prueba de hemoglobina:** Se considera que una embarazada padece anemia cuando el valor de hemoglobina es **menor a 11,0 g/dl** (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl^{iv}.

La Organización Mundial de la Salud define:

- Anemia leve: 10 - < 11 gr/dl
- Anemia moderada: 7- < 10 gr/dl
- Anemia severa: < 7 gr/dl

- **Para fines de cumplimiento en la norma se orienta:**

- Prescribir sulfato ferroso + ácido fólico 1 tableta diaria en aquellas pacientes con valores de hemoglobina normal (Mayor a 11 gr/dl).
- Prescribir sulfato ferroso + ácido fólico 2 tabletas diario en aquellas pacientes con datos de anemia.

11. Administración de ácido fólico

- **Prevención de ocurrencia (primera vez) 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 meses después del parto** y a toda paciente que esté planeando embarazarse.
- **Prevención de recurrencia** en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m². Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la

toma de medicamentos (Ácido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Ácido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco) **4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.**

12. Administración de Albendazol: Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)^v en el 2º y 3er trimestre.

13. Control de glucosa (glicemia)

- **Glucemia en ayunas:** efectuar entre las 24 y 28 semanas la glucemia en ayunas podrá ser la mejor alternativa para descartar la existencia de una diabetes gestacional.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa, **se debe realizar una Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa entre las 24 y 28 semanas de embarazo como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.**

14. Envío de Prueba para diagnóstico de Sífilis

La secuencia cronológica recomendada consiste en:

- Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- Realizar siguiente en el tercer trimestre.

15. Envío de Prueba de VIH

- Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- Realizar siguiente en el tercer trimestre.

16. Examen de orina

Se solicitan al menos tres evaluaciones de orina en la atención prenatal:

- Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) y de diabetes (glucosuria).
- Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una preeclampsia.
- Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

17. Indicación de próxima cita de APN: Después de terminar la atención prenatal escribir en la HCP y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Todas las complicaciones que se presenten en las adolescentes embarazadas y puérperas deben manejarse de acuerdo a la Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas del MINSA.

Durante el embarazo de las menores de 15 años, las patologías más frecuentes son la anemia, la infección urinaria que contribuye al parto prematuro, la Preeclampsia, eclampsia que condiciona el menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. No se ha comprobado una mayor frecuencia de malformaciones fetales. Las causas más importantes de los egresos hospitalarios de estas niñas son: parto único espontáneo o por cesárea, hemorragias del posparto, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto.

El riesgo más alto de morir por causas del embarazo, parto o puerperio se presenta en las mujeres de 15 años y menos, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 y más años. Las razones de mortalidad materna en las madres–niñas de 14 años y menos, son el doble y hasta el triple de las que se presentan en madres adolescentes de 15 a 19 años. En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente no tratada en el período prenatal. La tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato.

La mortalidad infantil, neonatal y fetal tardía es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años. Igualmente el peso y la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes es significativamente menor cuando se compara con las otras embarazadas³².

A las familias de adolescentes que viven prematuramente embarazos, además de esta situación, se suman los requerimientos y necesidades que el evento en sí conlleva, deben afrontar todas las demandas que la presencia de un miembro más en la familia genera. Estas presiones las viven especialmente familias y comunidades que se encuentran debajo de la línea de pobreza, con escaso apoyo institucional y estatal, lo cual perpetúa la precariedad en las condiciones definidas como determinantes sociales que favorecen las inequidades en salud. Hay que agregar que las distintas publicaciones de testimonios e historias de vida de adolescentes que participan activamente en el conflicto armado y en otras agrupaciones que ejercen prácticas violentas y delincuenciales, nos recuerdan que la mayoría de estas personas han sido hijos o hijas de madres y padres adolescentes (DNP, BID y CEDE-Universidad de los Andes, 2005; Sánchez, R. et al., 2004)³³.

³² El Embarazo en Adolescentes Menores de 15 años de América Latina y El Caribe. FLASOG. AECID. UNFPA. Año 2011.

³³ Propuesta técnica y análisis financiero para la reglamentación de la oferta de servicios de prevención, detección temprana y atención integral de la violencia intrafamiliar en los planes de beneficio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Informe de gestión, Convenio interadministrativo de cooperación 00270 /03). Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social y Universidad Nacional de Colombia - División de Extensión.

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad-paternidad en la segunda década de la vida. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce futuros chances de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal al no poder cursar carreras de su elección. También les será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las relaciones de parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse con la presencia del hijo, ya que muchas de esas uniones se formalizan obligadamente por la situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésico más cortos³⁴, lo que eterniza el círculo de la pobreza.

El hijo de madre adolescente tiene mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de extramatrimonial o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con esas prerrogativas.

En el padre adolescente es frecuente la deserción escolar para asumir la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres y estén sometidos a un estrés inadecuado para su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz (Issler, 2001)³⁵.

A continuación se describe la evidencia recopilada frente a las consecuencias que el embarazo adolescente desencadena en el feto y en su periodo neonatal, por cuanto dependen directamente de la atención del proceso de embarazo que le antecede.

Admisión de la adolescente en trabajo de parto

Las adolescentes deberán portar la tarjeta o carnet perinatal, que contiene información relevante de la atención prenatal, sin embargo, para garantizar una óptima atención al parto se recomienda identificar factores de riesgo y de condiciones que indiquen una emergencia obstétrica.

Las adolescentes embarazadas, deben ser admitidas en la fase latente (actividad de parto de 3-4 contracciones en 10 minutos, de 40 segundos de duración y con cambios cervicales no mayores de 3 cm).

Dado que la decisión de la admisión es crítica para minimizar los riesgos de la embarazo en esta etapa del ciclo vital, el examen clínico debe ser practicado siempre por el personal más calificado.

Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información, una vez realizada la evaluación materna - fetal. Dicha información, preferiblemente escrita, debe incluir signos

³⁴ Healthy Timing of Spacing of Pregnancy 101. Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciamiento saludables del embarazo. USAID.

³⁵ Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N, 107, 11-23.

para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando presente síntomas de alarma (inicio de actividad uterina de parto, sangrado genital, amenorrea, disminución de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa). Las embarazadas que estén en observación, requieren un nuevo examen médico antes de dejar el hospital. Es muy importante salvaguardar siempre el acceso fácil de la adolescente embarazada al servicio de salud, para brindarle una atención rápida y oportuna.

Las embarazadas con factores de riesgo deberán ser admitidas por la unidad de salud, independientemente del periodo del trabajo de parto en que se encuentren al momento del ingreso. En caso necesario, se remitirá a una institución de mayor resolución, de manera inmediata, para garantizar el manejo inicial de la condición asociada al riesgo.

Atención del parto en la adolescente

Todo manejo del parto de bajo riesgo deberá hacerse en base a la Normativa 011: Norma para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, en la actualización realizada en el año 2015 de y las de alto riesgo en base a la Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas del MINSA.

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir en el parto, y las que tienen 14 o menos años de edad, cinco veces más (World Health Organization y UNICEF, 2004)³⁶.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario protocolizar los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica y con la oportunidad requerida, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, y el puerperio inmediato, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres adolescentes y sus hijos. El proceso en condiciones normales, debe ser espontáneo y dar como resultado un niño y una madre en óptimas condiciones. Solo en casos en que el parto normal no pueda realizarse o esté contraindicado, se recurrirá a la operación cesárea.

Los huesos pélvicos y el canal del parto de las adolescentes, especialmente en las menores de 15 años, están en desarrollo, por lo cual se presentan más riesgos de complicaciones durante el parto (parto prolongado u obstruido) y deben recibir una atención diferencial y calificada para poder realizar una operación cesárea de urgencia.

El parto obstruido o prolongado es una de las complicaciones más graves que pueden causar la muerte materna y perinatal o posibles lesiones duraderas, incluidas las fístulas obstétricas. Teniendo en cuenta que las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener un parto difícil y requerir más intervenciones, corren un riesgo mayor de infecciones en el postparto (World Health Organization y UNICEF, 2004)³⁷.

Desde la perspectiva de las adolescentes, durante la atención del parto:

³⁶ Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO.

³⁷ Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO.

- El personal encargado debe identificarse según su profesión o rol (enfermera, médico general, especialista, etc.).
- Brindar mayor apoyo emocional (cariño, atención, afecto y comprensión).
- Explicarle a la adolescente y su acompañante lo que está sucediendo; ofreciendo información oportuna acerca del proceso del parto y de cualquier intervención cuando esta sea requerida.
- Dar un trato diferenciado (edad, etnia y nivel de escolaridad).
- Permitir la presencia de un acompañante de la adolescente durante todo su proceso de atención si la paciente así lo prefiere.
- Desarrollar actividades orientadas a humanizar y adecuar la atención del parto y promover a autonomía de las embarazadas (cumplir los cuatro estándares de calidad, Normativa 042 Norma de Humanización del Parto Institucional)³⁸.
- **Recuerde que la adolescente no ha llegado a la plenitud de su madurez física y emocional por lo que requiere que la guíen y acompañen durante todo el trabajo de parto.**
- **Si hay complicaciones durante el parto revisar la Normativa de Complicaciones Obstétricas (Normativa 109).**

El apoyo psicológico y social para las adolescentes embarazadas.

- La selección, sensibilización y capacitación del personal, con el fin de que cumplan la función de acompañante cuando el elegido no esté presente (de ser posible).
- Mantener una información permanente, a la adolescente y su acompañante, sobre la evolución del parto explicándole muy bien los procedimientos a los cuales se someterá a la paciente.

El nivel de atención para las adolescentes mayores de 15 años debe corresponder a las condiciones de riesgo evaluadas desde la atención prenatal por el personal de salud o médico especialista o al momento de la admisión.

Anticoncepción después del parto

El enfoque de la anticoncepción postparto de la adolescente menor de 15 años debe ser orientado a escoger el método que más se ajuste a ella y, en todos los casos, debe ser el de su elección.

Existen algunos requerimientos del anticonceptivo de por sí, como son:

- Reversibilidad.
- Fácil de utilizar.
- Adecuado según la actividad sexual.
- Protección ITS.

Se han identificado algunos factores de riesgo que llevan a repetir el embarazo en las adolescentes como:

³⁸ Los estándares básicos en la atención humanizada del parto son: (i) Respeto a la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento; (ii) Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, semi-sentada, o como desee); (iii) Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (cónyuge, familiar); (iv) Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra o exámenes innecesarios. Tomado de la Norma 042: Norma de Humanización del Parto Institucional. MINSA. Año 2010.

- Edad menor de 16 años en el momento de la primera concepción.
- Pareja mayor de 20 años.
- Abandono de la escolarización.
- Nivel educacional inferior al esperado para su edad.
- Abandono del hospital sin control de la natalidad.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Pobre atención de padres.
- Violencia doméstica.
- Abuso de sustancias.

Brindar servicios con atención y respeto

Los(as) adolescentes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán adolescentes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejadas a los(as) adolescentes de la atención que pueden estar necesitando. La consejería y los servicios no tienen el objetivo de alentar a los(as) adolescentes a tener relaciones sexuales, sino más bien de ayudarles a proteger su salud.

Para hacer que el servicio resulte atractivo a los adolescentes, se puede:

- Mostrarles que disfruta poder trabajar con ellos.
- Brindar consejería en privado donde no puedan ser vistos o escuchados. Asegurarle que habrá confidencialidad. (C)1
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como “¿En qué puedo ayudarte?” y “¿Qué preguntas tienes?”
- Usar lenguaje sencillo, evitar términos médicos.
- Utilizar términos acordes a adolescentes. Evitar términos como “planificación familiar” (irrelevantes a adolescentes no casados).
- Si el/la adolescente lo desea, recibir a su pareja e incluirla en la consejería. Asegurar que las decisiones que toman sean propias y no presionadas por su pareja o familia.
- Practicar habilidades para negociar el uso del condón (Ver Normativa 002: Norma y Protocolo de Planificación Familiar).
- No emitir juicios (decir “Tú puedes” en lugar de Tú debes”).
- No criticar, aun cuando no esté de acuerdo con lo que le esté diciendo o haciendo.
- Ayudarles a tomar las decisiones que más les convengan.
- Tomarse el tiempo para abordar a fondo preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, ITS y MAC. Muchas/os adolescentes necesitan que se les asegure que los cambios que se están produciendo en su cuerpo y sus sentimientos son normales. Estar preparado para contestar preguntas comunes sobre la pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna e higiene de los genitales.

Uso de métodos anticonceptivos

La prescripción de los MAC deberá realizarse de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad. El momento oportuno para brindar consejería sobre APEO es la Atención Prenatal (APN), de tal forma que la mujer, con o sin el apoyo de su pareja, pueda seleccionar un MAC, registrarlo en la Historia Clínica Perinatal (HCP) y en la hoja de referencia de pacientes, de forma tal que su decisión sea respetada en la unidad de salud

en donde se atiende el evento obstétrico, ya sea que éste termine en parto (vaginal o cesárea), aborto (incluyendo el embarazo molar) o embarazo ectópico.

Se debe asegurar la consejería en PF a toda usuaria de los servicios de salud que sea atendida por un evento obstétrico y garantizarle que obtenga el MAC seleccionado, antes de regresar de la unidad de salud en donde se atendió ese evento obstétrico. La idea fundamental es reducir las oportunidades perdidas, aumentar la satisfacción de las usuarias, la reducción del embarazo no deseado y de los periodos intergenésico cortos.

Categorías para Métodos Temporales

1	Use el método en cualquier circunstancia
2	En general, use el método
3	En general, no se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptables
4	No use el método

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición, 2009.

Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos en Adolescentes y Postparto

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras de Anticoncepción de Emergencia	DIU	EQV
Edad	1	1	1	2	1	1	2	P
Paridad								
Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	A
Múltipara	1	1	1	1	1	1	1	A
1. Lactancia								
Menor 6 semanas postparto	4	4	3	3	3	1	b	*
6 semanas a menor de 6 meses postparto	3	3	1	1	1	1	b	A
Mayor a 6 meses postparto	2	2	1	1	1	1	b	A
2. Sin lactancia								
Menor 21 días	3	3	3	1	1	1	b	*
21 a 42 días	2	2	2	1	1	1	b	*
Mayor 42 días	1	1	1	1	1	1	1	A

A (Acepta): No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.

P (Precaución): Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.

b: Uso del DIU postparto: Para mujeres en lactancia y mujeres que no están amamantando, la colocación del DIU a menor de 48 horas es categoría 2 para el DIU de cobre y categoría 3 para el DIU de levonogestrel. Para ambos DIU la colocación entre 48 horas y menor 4 semanas es categoría 3; >4 semanas, categoría 1; sepsis puerperal, categoría 4.

*: Para patologías adicionales vinculadas con los anticonceptivos orales de emergencia y la esterilización femenina.

Egreso de la madre y su bebe

En caso de evolución satisfactoria, y vigilancia del puerperio, se puede dar egreso a la madre y el recién nacido(a) según norma. No obstante, este protocolo es reiterativo en recomendar que estas adolescentes no pueden salir de la institución sin un método

anticonceptivo postevento obstétrico, y sin que su recién nacido cumpla con las vacunas completa y acuda posteriormente al primer nivel para el ingreso al programa de VPCD.

Adicional a la consulta posparto, a las 72 horas o 3 días, como recomienda la norma, se debe citar y garantizar la consejería en anticoncepción (entre las cuatro y las seis semanas posparto) en lactancia materna.

Consideraciones normativas para la atención de las adolescentes embarazadas pertenecientes a grupos especiales

En cuanto a la atención de la adolescente embarazada como resultado de violación, explotación sexual comercial de adolescentes y adolescentes, abuso sexual hacia adolescentes con discapacidad u otras modalidades del abuso sexual, y adolescentes embarazadas como resultado de cualquier forma de violencia sexual, se establecen procesos y procedimientos de acuerdo a la Normativa vigente de Violencia Intrafamiliar (Ver Sección II Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual) y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia con las otras instituciones legales y la protección especial (SIREC).

Orientación a la Adolescente, Familia y la Comunidad

- Informar sobre Signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.
- Garantizar la organización y funcionamiento de la Estrategia de Plan de Parto/ECMAC.
- Importancia de la Atención Prenatal y sus actividades y del Puerperio.
- Ofrecer Parto limpio y seguro atendido por personal competente.
- Cuidado y alimentación y nutrición de la madre embarazada y la puérpera según la Normativa 029 “Normas y Guía de Alimentación y Nutrición para embarazadas, puérperas y niñez menor de cinco años”.
- Lactancia materna: técnicas de amamantamiento y beneficios para la madre y el bebé.
- Espaciamiento intergenésico óptimo (3 a 5 años).
- Oferte todos los métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud (MELA, de barrera, hormonales y quirúrgicos).
- Asegure que se tome una decisión voluntaria e informada sobre el método anticonceptivo que elija.
- Informe y resuelva dudas de los o las pacientes sobre métodos anticonceptivos: cómo actúan, efectividad, ventajas, desventajas, precauciones, efectos secundarios y cuando volver. Ver Normativa 002: Norma y Protocolo de Planificación familiar.
- Cuidados del o la neonato (señales de peligro).
- Cuidados personales e higiene.
- Detección oportuna de cáncer cervical con Papanicolaou o IVAA.
- Paternidad y maternidad responsable.
- Oriente a la madre sobre la importancia del consumo de suficientes alimentos nutritivos.

DEFINICIONES DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

I. Comunidad

1. Sensibilizar a la comunidad sobre adolescencia y la captación temprana de las adolescentes embarazadas.
2. Capacitación a líderes comunitarios en la prevención e identificación de VS en niñas(os) y adolescentes.
3. Identificación de casos VS y realizar notificación al nivel correspondiente.
4. Distribuir materiales comunicacionales para la prevención de la VS.
5. Referencia de casos sospechosos de VS.
6. Fortalecer la implementación de la Estrategia Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) garantizando la integración de adolescentes rurales.
7. Desarrollar procesos de inclusión de adolescentes varones en actividades de salud sexual y reproductiva que afiance relaciones más equitativas para el uso de métodos anticonceptivos, el consenso en las relaciones sexuales y la postergación del embarazo, enmarcados en estrategias de plan de vida y paternidad responsable.

II. Primer nivel de atención

A. Situación de Salud

1. Conocer y analizar la situación de embarazo en la adolescencia a nivel local y establecer por sector y por área de salud, la magnitud y características del embarazo en la adolescencia en el último año.
2. Analizar la cobertura y calidad de las actividades de prevención y de atención ofrecidas a esta población a través de los servicios de salud.
3. Realizar un sondeo de conocimientos, actitudes y prácticas de los y las Adolescentes en relación con la sexualidad.
4. Identificar en la comunidad, grupos de riesgo de embarazo durante la adolescencia.
5. Fortalecer la ECMAC garantizando los insumos necesarios para el desarrollo de la misma a través de los ESFAC.

B. Coordinación Intersectorial e Interinstitucional

1. Identificar y realizar un mapeo de los diferentes actores sociales a nivel local, que pueden apoyar la atención integral.
2. Establecer recursos disponibles y mecanismos de coordinación intersectoriales, y entre niveles de atención por ESFAC, sector y Círculos de Adolescentes.
3. Desarrollar la implementación de la Estrategia de Familias Fuertes.
4. Priorizar sectores que requieren brindar mayor atención a esta situación en base en el ASIS (Análisis de Situación de Salud), los resultados del instrumento para el inventario para la predicción del riesgo psicosocial para adolescentes (Ver Anexo No.4, pág. 75), proyecciones de la población adolescente y de los embarazos esperados durante el año.

C. Programación de actividades

1. Programar las actividades de atención directa específicas de las adolescentes embarazadas y su familia.
2. Programar actividades educativas y de divulgación de los servicios dirigidas a la población adolescente por ESAFC, Círculos de Adolescentes y Grupos de Apoyo de Madres Lactantes.
3. Definir los mecanismos de monitoreo y evaluación de las actividades programadas.
4. Programar actividades de capacitación al personal de salud involucrados en la atención de los y las adolescentes en los temas y metodologías de trabajo con este grupo etáreo.

D. Actividades de atención en la etapa pregestacional

1. Conocer los factores protectores y de riesgo de la población adolescente con respecto al embarazo en la adolescencia.
2. Aplicar y revisar los resultados del instrumento de inventario para la predicción del riesgo psicosocial para adolescentes (Ver Anexo No. 4, pág. 75).
3. Conformación de promotores adolescentes a nivel local
4. Conformar o Fortalecer un equipo intersectorial en el trabajo con adolescentes
5. Capacitar al equipo intersectorial que apoye las actividades de promoción y prevención del embarazo en adolescentes
6. Desarrollar actividades educativas dirigidas a adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, sobre ITS/VIH-Sida, proyecto de vida, derechos de los y las adolescentes, maternidad, paternidad, y otros temas de interés, con metodología participativa y lúdica.
7. Diseñar y Difundir material educativo en la población adolescente.
8. Organizar actividades educativas con padres y madres o tutores para implementar la estrategia de Familias Fuertes.
9. Divulgar los servicios de salud para adolescentes.
10. Brindar consejería en salud sexual y reproductiva (según manual de consejería Normativa 074) y ofertar los métodos anticonceptivos específicos para esta población según normativa vigente de PF (Normativa 002), para la prevención el embarazo en la adolescencia.

E. Calidad en la atención integral del embarazo en la adolescencia

1. Aplicar las normativas para brindar una atención integral del embarazo en la adolescencia en toda la red de servicios.
2. Aplicar los instrumentos de estándares de calidad de adolescentes para evaluar la calidad de los servicios de salud.
3. Garantizar los insumos necesarios para brindar la atención integral y cumplir las normativas.

F. Funciones de los Equipos de Salud Familiar y Comunitarios (ESAFK)

1. Orientar sobre los horarios, derechos y deberes del servicio a la población.

2. Detectar tempranamente la adolescente embarazada e identificar si existe riesgo de acuerdo al Formulario de Clasificación de Riesgo de la OMS (Ver Anexo No. 2, pág. 73).
3. Discutir casos de alto riesgo para la definición de estrategias de intervención y seguimiento individualizado.
4. Organizar entrevistas o visitas a la familia cuando la situación lo amerite.
5. Brindar acompañamiento y apoyo a los y las adolescentes que lo soliciten para darles la noticia a sus padres.
6. Aplicar el instrumento para el inventario para la predicción del riesgo psicosocial en adolescentes (Ver Anexo No. 4, pág. 75) y tamizaje de la violencia para adolescentes si el caso lo amerita (Ver Anexo No. 3, pág. 74).
7. Aplicar las normativas vigentes para la Atención Prenatal.
8. Brindar educación en salud a las adolescentes embarazadas y a los padres adolescentes para que disminuyan los riesgos biopsicosociales en el embarazo adolescente y en el ejercicio de la maternidad y la paternidad.
9. Educación para la salud: individual, grupal y comunal especificaciones:
 - Individual (se imparte cada vez que se atiende)
 - Grupales (al menos dos veces al año).
10. Organizar grupos de discusión de adolescentes en alto riesgo de embarazo.
11. Orientación y referencia al curso de preparación psicoprofiláctico para el parto, tanto para las adolescentes y su pareja.
12. Capacitación a la pareja en el manejo del niño o niña en maternidad y paternidad activa.
13. Gratificación emocional a la adolescente y su pareja por su asistencia a la atención prenatal, postnatal, consulta de crecimiento y desarrollo del bebe.
14. Coordinar con instituciones educativas, lugares de trabajo que emplean adolescentes y grupos organizados a nivel comunitario.
15. Definir las estrategias conjuntas de detección de adolescentes embarazadas en diferentes escenarios (familiar, educativo, laboral y comunitario), a través de visitas domiciliarias.
16. Difundir el servicio de atención en salud a adolescentes embarazadas y adolescentes padres en la comunidad.
17. Negociar el Plan de Parto.
18. Promoción de la Casa Materna.
19. Consejería sobre Lactancia Materna.
20. Referencia de adolescentes embarazadas con alto riesgo obstétrico a un nivel de mayor resolución.
21. A toda adolescente puérpera y a su bebe se les debe elaborar y enviar la contrarreferencia al establecimiento de procedencia.
22. Aprovechar los medios masivos de comunicación locales para brindar educación sobre derechos y legislación que protegen a madre y niño(a), sobre género (feminidad y masculinidad), sobre ITS/VIH-Sida y sobre prevención de accidentes, violencia, entre otros.
23. Conformar y brindar educación a grupos de padres adolescentes (escuela para padres y pares protectores).
24. Brindar educación sobre estimulación del vínculo madre-hijo(a).
 - a. Exploración del conocimiento de las adolescentes sobre características y comportamiento del niño o niña y dar educación sobre crecimiento y desarrollo.
 - b. Identificación de dificultades personales y de condiciones de vida, temores y angustias en el manejo del niño o niña y apoyar y fortalecer a las adolescentes en su resolución.

- c. Capacitación en estimulación temprana, cuidado del niño o niña.
- d. Orientación sobre el manejo del niño o niña, reforzando conductas positivas y apoyando.
- e. Modificación de conductas negativas.
- f. Valorar si existen signos o síntomas de depresión o depresión postparto.

II. Segundo nivel de atención

1. Captación de todas las referencias y demandas espontaneas.
2. Valoración en emergencias.
3. Manifestación de una actitud receptiva y de respeto ante las necesidades físicas y emocionales de la adolescente.
4. Admisión al servicio de obstetricia.
5. Brindar atención a las adolescentes embarazadas de alto riesgo referidas por el primer nivel de atención.
 - a. Clasificación de la embarazada de acuerdo con la condición de la labor de parto y el grado de riesgo.
 - b. Dar intervención psicológica o social en casos de riesgo psicosocial de antes del parto. intervención en crisis si la situación lo amerita.
 - c. Atención especializada a las adolescentes de alto riesgo.
 - d. Realización de interconsulta, en caso necesario especialistas del segundo y referencia nacional.
 - e. Fomento de lactancia materna exclusiva para el bebé, sin imponerla.
 - f. Dar ácido fólico y sulfato ferroso por 6 meses postparto.
 - g. Detectar problemas de adaptación.
 - h. Detección signos de depresión postparto.
 - i. Facilitar expresión de dudas y sentimientos.
 - j. Dar información sobre anticoncepción y protección.
6. Referencia, en caso necesario, para la madre o el (la) bebé.
7. Atención de la adolescente en sala de labor en los diferentes períodos del parto todas las tareas que se plantean son complementarias a las ya establecidas en las "normas vigentes del MINSA".
8. En situaciones especiales, en ausencia de un(a) acompañante para las adolescentes embarazadas, seleccionar, sensibilizar, capacitar y evaluar periódicamente a personal voluntario, con el fin de que cumplan la función de acompañante.
9. Orientar al (la) acompañante de la adolescente sobre el apoyo que debe dar a la joven.
10. Dar información y orientación, a la adolescente y su acompañante, sobre la evolución del trabajo de parto.
11. Atención a la adolescente con puerperio inmediato.
 - a) Brindarle alojamiento conjunto, en el que se le permita estar con su acompañante.
 - b) Valorar el riesgo reproductivo de la adolescente madre.
 - c) Valorar el riesgo psicosocial de la adolescente madre.
 - d) Reforzamiento de cuidados del recién nacido(a) e información sobre síntomas de peligro y manejo de recién nacidos con problemas.
 - e) Motivación y contrarreferencia para asistir a consulta del puerperio mediato.
 - f) Orientación sobre trámites de inscripción en el registro civil.

- g) Promoción de la consejería sobre salud sexual y reproductiva: MAC, prevención de un siguiente embarazo, ITS/VIH-Sida y violencia intrafamiliar.
 - h) Promoción de un anticonceptivo postparto informado y voluntario, seguimiento en el primer nivel de atención y su continuidad en la comunidad (si existe ECMAC en la comunidad). Aclarar dudas y temores sobre los MAC.
12. En los casos de VS, realizar hospitalización cuando el caso lo requiera.
13. Realizar actividades individuales y grupales de educación para el cuidado de la embarazo, Programa PAMOR.

Ambos niveles

Revisión del proyecto de vida de la adolescente madre y del adolescente padre en relación con su hijo(a), su pareja, su familia, estudio y trabajo

- a) Investigar expectativas e intereses del y la adolescente.
- b) Investigar sobre los recursos que tienen él y la adolescente (accesibles y disponibles).
- c) Proponer y discutir alternativas conjuntamente.
- d) Orientar y referir a otras instancias pertinentes (psicología, trabajo social, consulta médica).

Consulta de seguimiento ginecológico y detección de cáncer cervical (PAP)

- a) Seguimiento de normas de patología cervical de acuerdo a normativa vigente del MINSA.
- b) Aclaración de dudas y temores en relación con el PAP.
- c) Cita de seguimiento rutinario, según norma, a los casos sin patología.
- d) Discusión clínica y tratamiento de los PAP alterados.
- e) Referencias de pacientes con PAP patológicos.

Detección de problemas de mama

- a) Explicar sobre la importancia de autoexamen de mama, de forma mensual y sistemática.
- b) Aclaración de dudas y temores en relación con el cáncer de mama.
- c) Cita de seguimiento rutinario, según norma, a los casos sin patología.
- d) Referencia a especialista pertinente a los casos que presentan tumoraciones o quistes.
- e) Indicación de tratamiento según problema de la mama.
- f) Entrega de referencias a los que ameriten intervención.
- g) Informe al registro de cáncer en caso necesario.

Denuncia de la violación de los derechos del y la adolescente

- Informar al Ministerio de la Familia, Niñez y Adolescentes para la protección especial de la adolescente. **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA LEY No. 287.**

EDUCACIÓN, PROMOCION Y PREVENCIÓN

La adolescencia es un momento oportuno para abordar la salud sexual y reproductiva y representa un gran desafío evitar que las adolescentes se embaracen en forma no planificada.

Los esfuerzos deben estar orientados a la prevención del primer y siguiente embarazo, siendo importante que las y los adolescentes dispongan de la información completa para tomar decisiones responsables, lo cual puede contribuir a retrasar su primera relación sexual.

Entre las directrices de la OMS para la Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en adolescentes de los países en desarrollo, está poner en práctica intervenciones que mejoren la capacidad de las adolescentes para resistirse al sexo bajo coacción y que les permitan obtener apoyo si sufren relaciones sexuales bajo coacción³⁹:

- Aumentando su autoestima;
- Desarrollando sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación; y
- Mejorando sus vínculos con redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social.

Los resultados clave hacia los que apuntan estas directrices para la reducción del embarazo en adolescentes son:

1. Reducción del matrimonio en menores de 18 años.
2. Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad.
3. Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado.
4. Reducción de relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes.
5. Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las Adolescentes.

Prevención del Embarazo en la Adolescencia

La prevención del embarazo adolescente es una prioridad para el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, con importantes implicaciones para el desarrollo social y la salud pública que impactan en la salud de las madres adolescentes y de los recién nacidos.

Cada vez que se atiende a adolescentes, se debe brindar consejería, acorde a su etapa de desarrollo o en respuesta a sus demandas, que incluya lo siguiente:

- Explicar claramente las normas de confidencialidad.

³⁹ Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. OMS. Año 2012.

- Preguntar si en su familia saben que ella tiene relaciones sexuales. En caso de ser negativo explicar claramente porque sería importante que su familia lo sepa en el caso de prueba positiva de embarazo.
- Elegir la persona en quien se confiara el diagnóstico de embarazo en caso de ser positivo, la modalidad y el momento en que se le transmitirá la información.
- Si no puede comunicarlo sola ofrecer la consejería como espacio para el diálogo con los padres en una entrevista conjunta.
- Alternativas de apoyo emocional.
- Prevención de depresión y suicidio.
- Prevención de un siguiente embarazo.
- Empoderamiento en la toma de decisión sobre su sexualidad y su cuidado moral, espiritual y biológico.
- Referirla para prueba de embarazo si no tiene diagnóstico comprobado.
- Promover la paternidad y maternidad responsable.
- Informarle sobre los métodos anticonceptivos más apropiados para ella y su pareja, en caso que el diagnóstico sea negativo (Ver la Norma 002-Norma y Protocolo de Planificación Familiar: Anticoncepción en la Adolescencia).

Uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia:

- El uso de la anticoncepción debe basarse en la libre elección de la adolescente, después de recibir información completa y orientación respetando su elección.
 - *Elección informada*: es el derecho que tienen los/las usuarios(as) en el contexto de la asesoría para recibir información completa y, en consecuencia, decidir libremente la manera como ejerce su sexualidad sin adversidades. Esto implica garantizar el acceso a métodos de anticoncepción y de protección.
 - *Consentimiento informado*: es la manifestación de la elección informada hecha por los/las usuarios(as) sobre un procedimiento específico que se va a realizar mediante documento escrito, el cual tiene validez si la/el usuaria(o):
 - Dispone de una información suficiente.
 - Comprende la información adecuadamente.
 - Se encuentra libre para decidir de acuerdo con sus propios valores.
 - Es competente para tomar la decisión.

Por lo tanto, el consentimiento informado solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos. De esta manera, es evidente que el consentimiento informado no se puede reducir a la recitación mecánica de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.

- **No hay un método ideal.** Para decidir por un método es necesario evaluar los riesgos, la efectividad, la tolerancia y la aceptabilidad del método.
- **Oriente sobre:**
 - Responsabilidad compartida con la pareja en las relaciones sexuales (embarazo, ITS, métodos anticonceptivos)
 - La responsabilidad de elección y uso de métodos anticonceptivos no debe ser únicamente responsabilidad de la mujer. Estimular al varón a que participe y comparta la responsabilidad.

- **Los MAC son seguros para la adolescencia, seguir los Criterios Médicos de Elegibilidad⁴⁰**
 - Aunque se les debe brindar información sobre todos los MAC, se deben resaltar los beneficios de los MAC temporales de larga duración (Implantes Subdérmicos, Inyectables de tres meses y el DIU). **(PBP)¹**
 - Para mejorar la adherencia al MAC, deben tener cita de seguimiento del MAC iniciado a los 3 meses, para ayudarles con sus preocupaciones de posibles efectos secundarios y asegurar el uso correcto del método. **(PBP)¹**
 - Pueden regresar en cualquier momento si tienen algún problema con el MAC. **(C)¹**
 - La edad sola no es límite para seleccionar un MAC, incluyendo los DIU. **(C)¹**
 - Las adolescentes a veces son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Sin embargo, si reciben consejería, sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.
 - Los(as) adolescentes solteros(as) en comparación con las personas mayores, pueden tener más parejas sexuales y por lo tanto estén expuestos a un mayor riesgo de contraer ITS y VIH. **Parte importante de la consejería es evaluar el riesgo de ITS y VIH, y cómo reducirlo.**

Para brindar servicios de consejería, promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva, se deben cumplir con las siguientes condiciones:

- **Atención integral y cálida:** Toda persona que acuda a estos servicios debe ser atendida en espacios que garanticen su comodidad, respeto, privacidad y protección. Debe sentirse comprendida y, por lo tanto, tratada como un ser con capacidad de sentir, pensar, actuar, decidir, crear, proponer y realizar acciones que impulsen, mantengan y cuiden su salud y desarrollo de acuerdo con sus propias definiciones, indicadores y necesidades individuales, institucionales y socioculturales.
- **Equipo multidisciplinario:** Para el manejo de las necesidades y problemáticas de SSR es preciso organizar un equipo multidisciplinario, debidamente calificado y capaz de abordar integralmente las demandas y necesidades de SSR al igual que promover los derechos sexuales y reproductivos tal y como están ratificados en la lista de políticas y leyes que se plasmaron en este documento. A continuación se presentan las condiciones requeridas para el personal de salud, orientado a garantizar la atención en las condiciones diferenciales incluidas en este protocolo.

⁴⁰ Normativa 002: Normas y Protocolos de Planificación Familiar. Segunda Edición. MINSA. Septiembre 2015

- Participación en la toma de decisiones: se deben establecer mecanismos para que usuarios y usuarias participen activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades destinadas a promover y mantener su salud.
- Intersectorialidad e interinstitucionalidad: son pertinentes los mecanismos de trabajo en red y la coordinación con todos los demás actores y sectores sociales de la comunidad para promover la SSR y el bienestar y desarrollo de sus beneficiarios.
- Manejo ético y confidencial de la información: la atención de la SSR debe garantizar el manejo confidencial de la información. Esto implica mantener el secreto profesional cuando el temor a que personas que la adolescente no quiere que sean enteradas sobre sus prácticas sexuales amenaza el acceso y el regreso a continuar tratamientos. En el caso en que el profesional encuentra razones que justifican involucrar a adultos en el manejo de la salud de la adolescente por cuanto su vida o integridad peligran, esta medida debe ser consultada y acordada con la adolescente antes de invitar a otras personas al equipo. Con la garantía de la confidencialidad, se garantiza el libre acceso a los servicios de salud y avances tecnológicos y científicos sin condicionamientos para que decidan con conocimiento, argumentos y autonomía sus mejores opciones para vivir una sexualidad libre de riesgos y mantener la SSR.

Programas del GRUN para el fortalecer el abordaje de la adolescente embarazada y el recién nacido(a)

- **Programa Amor para los más Chiquitos y Chiquitas (PAMOR)**

Como parte de la Política de la Primera Infancia que impulsa el país, el PAMOR se institucionalizó como programa emblemático del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), y de alcance interinstitucional para restituir los derechos de las niños(as) a la salud, educación, a un nombre y protección de la violencia. Los temas en salud en los cuales se educa a las embarazadas, padres y familias, son: promoción de relaciones afectivas de amor y respeto para la prevención de conductas violentas, estimulación temprana hasta los cinco años, promoción de la atención prenatal y parto institucional, vacunación, referencias al registro civil y preescolar y referencias por sospecha de violencia en el hogar.

Es necesario hacer explícito a la adolescente embarazada que en la crianza de los hijos no hay un modelo único; se deben señalar los factores que intervienen y los elementos necesarios para desarrollar habilidades que le faciliten la labor.

Entre otros temas que podemos educar y capacitar a las adolescentes puérperas, sus parejas y las familias están:

- Embarazo y cambios corporales, psicoemocionales y sociales
- Derechos: salud, educación, familia, trabajo, proyecto de vida
- Valores humanos
- Desarrollo embrionario y estimulación in útero
- Factores de protección
- Nutrición pre y posparto
- Autoestima, autonomía e independencia

- Parto psicoprofiláctico
- Factores de riesgo: tabaquismo, alcohol, psicoactivos, ejercicio de la sexualidad desprotegido
- Trabajo de parto, parto y puerperio
- Salud sexual y reproductiva: sexualidad durante la embarazo; embarazo subsecuente; métodos de anticoncepción y protección dual
- Lactancia materna: importancia del apego precoz. Existe aceptación universal sobre la lactancia materna como el mejor alimento para los niños. El MINSA recomienda administrarla de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y como complemento de otros alimentos hasta los dos años. Incluir el tema de lactancia materna en la preparación prenatal de un grupo de mujeres adolescentes resulta imprescindible, ya que sus hijos son considerados, por numerosas razones médicas y sociales, altamente vulnerables.
- Inmunizaciones: educar a la madre sobre qué son las vacunas y para qué sirven. Darle a conocer el esquema de vacunación aprobado por el Ministerio de Salud
- Hábitos
 - *Alimentación*: sobre la base de una alimentación completa, adecuada, suficiente, equilibrada y balanceada; la información al respecto es clave en la prevención de los trastornos de malnutrición. Tanto desnutrición como obesidad tienen amplia relación con la falta de hábitos saludables de alimentación que se forman desde los primeros meses de vida (Gómez, 2007).
 - *Sueño*: hablar sobre patrones y características del sueño en los niños es importante no solo para buscar la adquisición de un hábito saludable, sino para tranquilizar y apoyar a la madre, quien, de alguna manera, ve afectada su propia función del sueño y sus posibilidades de descanso y recuperación.
 - *Higiene*: instruir sobre la importancia de las medidas de higiene tanto personal como del medio ambiente.
 - *Juego*: el niño debe tener dentro de sus rutinas diarias un espacio para la distracción y estimulación a través de la lúdica, elemento de indiscutible valor para el desarrollo integral.
 - *Control de crecimiento y desarrollo*: la embarazada debe ser informada sobre el derecho a la salud de su hijo y la forma de hacerlo valer.
 - *Prevención del maltrato infantil*: sensibilizar sobre la necesidad de eliminar toda forma de maltrato al hijo adquiere mayor transcendencia en los grupos de madres y padres adolescentes ya que se ha señalado en ellos una mayor vulnerabilidad (Hillis et al., 2004).
 - *Prevención de accidentes*: información sobre prevención primaria, secundaria y terciaria. Las madres y cuidadores deben conocer sobre factores de riesgo en forma general y específicamente en casos de muerte súbita, patología que cobra buen número de muertes en el grupo de lactantes.
 - *El niño enfermo*: las madres y cuidadores deben conocer sobre los síntomas más frecuentes que acompañan las enfermedades del periodo inicial del ciclo vital: fiebre, dolor, vómito y diarrea. Saberlos registrar y darles manejo en casa de acuerdo con las recomendaciones de la estrategia AIEPI. De igual manera deben recibir instrucción sobre los signos de peligro, en concordancia con la misma estrategia.

- **Educación secundaria rural⁴¹**

El programa de Secundaria Rural a Distancia, ha sido implementado por el Gobierno Sandinista para garantizar la continuidad educativa de aquellos muchachos y muchachas campesinas que al culminar su primaria debían interrumpir sus estudios debido a la lejanía de los centros donde se imparte la secundaria.

Con la implementación del programa secundaria rural en el campo, muchos jóvenes están accediendo a la educación media que les permitirá tener mejores oportunidades para insertarse en la educación superior o emplearse en las tareas productivas del campo, acercando los programas educativos a las comunidades más alejadas.

La continuidad de la educación en el campo a partir del sexto grado aprobado, constituye un proyecto innovador e inédito que impulsará el buen gobierno.

- **No expulsión de adolescentes embarazadas de las escuelas**

El Gobierno mediante una campaña pretende concientizar sobre el derecho que tienen las adolescentes embarazadas a continuar sus estudios y evitar que sean expulsadas de sus colegios.

El nuevo Código de la Familia, que entró en vigor a inicios de este año, contempla en su **artículo 305** que las instituciones públicas y privadas en las cuales estudie o labore una adolescente embarazada deberán garantizar la continuidad de sus estudios o trabajo y respetar los derechos que le asisten. “Esa es una orientación que hemos tenido de nuestro Presidente, trabajar para que las muchachas que estén embarazadas y quieran seguir estudiando no se les pueda impedir en todas las escuelas del sistema público”, subraya la Cra. Rosario Murillo.

⁴¹ www.19digital.com

ANEXOS

Anexo No. 1 Historia Clínica Perinatal

Para el Llenado Correcto de Historia Clínica Perinatal, revisar la Normativa No. 106 "Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal".

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE FILIACIÓN
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: día mes año _____
 EDAD (años): < de 20 > de 20

ETNIA
 blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA
 si no

ESTUDIOS
 ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL
 casada unión estable soltera otro vive sola

Lugar del control prenatal
 Lugar del parto/laborio

Nº Identidad

ANTECEDENTES
FAMILIARES
 TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES
 cirugía genito-urinary infertilidad cardiopat. nefropatía violencia VIH+

OBSTETRICOS
 gestas previas abortos vaginales nacidos vivos nacidos muertos vivos muertos después 1º sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR
 día mes año _____ < 2 años > 2 años

EMBARAZO PLANEADO no si

FRACASO METODO ANTICONCEP.
 después 1º sem. después 2º sem. después 3º sem. después 4º sem. después 5º sem.

ULTIMO PREVIO
 n/c < 2500g normal ≥ 4000g emb. ectópico

Antecedentes Múltiples

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR Kg _____ IMC _____ TALLA (cm) _____
 EG CONFIABLE por FUM Eco < 20 s. no

FUM ACT 1º trim 2º trim 3º trim

FUM PAS

DROGAS

ALCOHOL

VIOLENCIA

ANTIRUBEOLA

ANTITETANICA

EX. NORMAL

CERVIX
 normal anormal

GRUPO Rh

Inmuniz.

TOXOPLASMOIS
 < 20sem IgG ≥ 20sem IgG

Hb < 20 sem

Fe/FOLATOS

Hb ≥ 20 sem

VIH - Diag - Tratamiento
 < 20 sem solicitada Prueba result. TARV en emb.

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento
 no treponémica sí

CHAGAS

PALUDISMO/MALARIA

BACTERIURIA

GLUCEMIA EN AYUNAS

ESTREPTOCOCO B

PREPARACION PARA EL PARTO

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

ATENCIÓNES PRENATALES
 día mes año edad gest. peso (kg) P A altura uterina presen tación FCF (rpm) movim. fetales protei nuna signos de alarma, exámenes, tratamientos Iniciales personal de salud próxima cita

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO día mes año _____

CONSULTAS PRE-NATALES total _____

LUGAR DEL PARTO
 Institucional Domiciliar Otros

HOSPITALIZ en EMBARAZO

CORTICOIDES ANTENATALES

INICIO espontáneo inducido

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

EDAD GEST. al parto

PRESENTACION SITUACION

TAMANO FETAL ACORDE

ACOMPANANTE TDP P

CARNÉ

TRABAJO DE PARTO
 hora min posición de la madre PA pulso contr./10' dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips

ENFERMEDADES
 HTA previa HTA inducida embarazo preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

HEMORRAGIA

TDP

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO
 INDUC OPER

POSICION PARTO

DESGARROS

OCITOCICOS

PLACENTA

LIGADURA CORDON

TERMINACION

RECEN NACIDO
 SEXO PESO AL NACER _____ LONGITUD cm _____
 P. CEFALICO cm _____ EDAD GESTACIONAL sem. días _____ PESO E.G. _____ CUIDADOS AL RECEN NACIDO _____ APGAR (min) _____

FALLECE en LUGAR de PARTO

REFERIDO

PUERPERIO INMEDIATO
 día hora T°C P A pulso invol. uter. loquios

DEFECTOS CONGENITOS

VIH en RN

TAMIZAJE NEONATAL
 VDRL Tto. TSH Hbpatía Bilirrub Toxo IgM

EGRESO RN

ALIMENTO AL ALTA

Boca arriba

EGRESO MATERNO

METODO ELEGIDO

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

HPESAP (Nicaragua) 2011

Anexo No 2. Criterios de Clasificación de Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____

Número de Expediente Clínico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una **X** en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal

		1er APN		2º APN		3er APN		4 º APN	
Antecedentes Obstétricos		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
Historia Clínica General		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
14	Diabetes mellitus insulino dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____								

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como **Atención Prenatal de Alto Riesgo**.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
--	----	----	----	----	----	----	----	----

Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

(Personal responsable de APN)

Anexo No 3. Cuestionario de Tamizaje a Adolescentes con sospecha de Violencia Intrafamiliar y Sexual

SILAIS: _____ Municipio: _____

Unidad de Salud: _____ Servicio: _____

Fecha de Atención: _____ No. Expediente: _____

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____

Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Escolaridad: Sin escolaridad _____ Alfabetizada _____ Primaria _____ Secundaria _____ Técnica _____ Universitaria _____

Ocupación: Ama de Casa _____ Obrera _____ Profesional _____ Comerciante _____ Estudiante _____ Otra _____

Estado Civil: Acompañada / o _____ Divorciada / o _____ Casada / o _____ Viuda / o _____ Soltera/o _____

Dirección: _____

Motivo de Consulta o Dolencia: _____

HACER ESTA INTRODUCCIÓN CON LA PERSONA: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, las jóvenes y las niñas de nuestra comunidad, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las personas que vienen a nuestro Centro/Hospital (se dice el nombre según el nivel de atención).

1. ¿Alguna vez en su vida ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que le hayan causado daños?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 3)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____ (Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

2. **(SOLAMENTE PARA EMBARAZADAS)** ¿Desde que salió embarazada ha recibido golpes, patadas, manotazos, pellizcos, o le han hecho quemaduras u otras formas de abuso físico que le hayan causado daños?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____ (Énfasis de la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

3. ¿Alguna vez en su vida se ha sentido amenazada, humillada, insultada, aislada, rechazada u otros sentimientos de abuso que le hayan causado daños emocionales o psicológicos?

Sí _____ No _____ (pasar a pregunta 4)

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto?

¿Con qué frecuencia se ha sentido así? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién la ha hecho sentir así? _____

Protocolo para la Atención de Adolescentes Embarazadas

(Énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

4. ¿Alguna vez en su vida la han obligado o se ha sentido forzada a tener contactos o relaciones sexuales con alguien?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es **Sí**. ¿Cuándo sucedió esto? _____

¿Con qué frecuencia se repite este abuso? No ha vuelto a pasar _____ Sólo a veces _____ Muchas veces _____ Todo el tiempo _____

¿Quién lo hizo? _____ (el énfasis es la indagación de la relación o parentesco con la persona agresora)

5. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa? _____

6. ¿Le tiene miedo a su pareja/novio: (según lo que haya referido en las primeras preguntas)?

Anexo No. 4

INVENTARIO PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO SICOSOCIAL PARA ADOLESCENTES

Instructivo para el llenado

Sección a.- Anote por favor su edad y sexo

Edad _____ años Sexo masculino ()
femenino ()

Sección b.- Al responder este cuestionario, Ud. encontrará una serie de frases. Marque con una X la alternativa de frecuencia con que Ud. siente o hace lo señalado en cada frase:

FRASES	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1. Obedezco las reglas que hay en mi familia					
2. Creo que yo realmente le importo a mi familia					
3. Siento que mi familia me valora					
4. Me gusta ir a la escuela					
5. He faltado a clases a escondidas*					
6. Para mí, es tan importante emplear tiempo en cumplir mis deberes escolares como emplear tiempo en divertirme					
7. Mis amigos faltan a clases a escondidas*					
8. Algunos de mis amigos dañan o destruyen propiedad ajena*					
9. Mis amigos le dan importancia al hecho de ir a la escuela					
10. A mis amigos les gusta ir a la escuela					
11. Mis amigos faltan a clases en la escuela a escondidas*					
12. Mis padres me escuchan					
13. ¿Cuántos de sus amigos hacen con frecuencia algo de lo siguiente? (el porcentaje es aproximado, no tiene que ser exacto)*:	100%	75%	50%	25%	Ninguno
- Beber alcohol					
- Fumar tabaco					
- Fumar marihuana					

Frases	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14. Siento que todos están contra mí**						
15. Siento que la vida es injusta conmigo**						
16. Siento que estoy en contra de todo**						

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
17. A mis padres les gusta conversar conmigo					
18. Mis padres me tratan con consideración					
19. Siento que causo problemas en mi familia*					
20. Me gusta hacer mis tareas escolares a tiempo					

Modificado por: Dr. Jorge Naranjo Pinto

INSTRUCTIVO PARA LA PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:

Permite al profesional que atiende en el nivel primario de atención contar con elementos predictores del riesgo de que los/las prepúberes y luego los/las adolescentes tengan la probabilidad de incurrir en conductas peligrosas.

CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO:

El instrumento está compuesto por varios ejes de estudio: familia, escuela, amigos y respuesta frente a las normas. En color amarillo encontramos factores de riesgo y sin color están los factores protectores.

PUNTAJE PARA CALIFICACIÓN DE CADA ÍTEM:

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1,2,3,4,6,9,10,12,13,17,18,20	4	3	2	1	0

Frases con *	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
5,7,8,11,19	0	1	2	3	4

Frases con **	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14,15,16	0	1	2	3	4	5

ESCALA DE INTERPRETACIÓN

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA
0 a 20	Alto riesgo sicosocial	Referencia inmediata a equipo de apoyo sicosocial en otro nivel de atención
21 a 41	Riesgo sicosocial moderado	Consejería y orientación por equipo del primer nivel de atención para valorar referencia a otro nivel
42 a 62	Riesgo sicosocial leve	Necesita consejería y orientación de acuerdo a ítems deficitarios por el equipo de salud del primer nivel
> 62	Sin factores de riesgo sicosocial	Control regular de acuerdo a norma

Sugerencia: Siempre es aconsejable trabajar con los déficits en los cuatro rangos y reforzar los puntos fuertes.

Anexo No. 5 FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA*

SILAIS: _____ **MUNICIPIO:** _____

UNIDAD DE SALUD: _____ **SERVICIO:** _____

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos: _____

Expediente: _____

Ocupación: Ama de Casa ___ Obrera ___ Profesional ___ Comerciante ___

Estudiante ___ Otra ___

Sexo: Mujer ___ Hombre ___

Edad: _____

Escolaridad: No escolarizada ___ Alfabetizada ___ Primaria ___ Secundaria ___

Técnica ___ Universitaria ___

Estado Civil: Acompañada / o ___ Divorciada / o ___ Casada / o ___ Viuda / o ___

Soltera ___

Número de Hijas /os: Con vida ___ Fallecidos ___

SI ES MENOR DE EDAD:

Acompañante: Madre ___ Padre ___ Sola/o ___ Familiar ___ No familiar ___

Persona Responsable del niño: Madre ___ Padre ___ Sola / o ___ Familiar ___

No familiar ___

Programa en el que se identificó la VIF: Programa del niño / a ___

Programa de la Mujer ___ Morbilidad General ___ Emergencia ___ Consulta

Externa ___ Visita Domiciliar ___

Quien presentó la denuncia: Afectada ___ Familiar ___ Acompañante ___ Otro ___

Datos relacionados con la VIF: Tipo de VIF: Física ___ Psicológica ___ Sexual ___

Económica ___ Negligencia / Abandono ___ Institucional ___

Datos del Agresor:

Nombre y Apellidos: _____ Edad _____

Dirección Domiciliar: _____

Dirección de Trabajo: _____

Teléfonos: _____

Parentesco: Padre ___ Madre ___ Hermano /a ___ Cónyuge ___ Pareja ___

Hijo / a ___ Otro familiar ___ No familiar ___

SI ES PERSONA ADULTA:

Acompañante: Madre ___ Padre ___ Sola/o ___ Familiar ___ No familiar ___

Programa en el que se identificó la VIF: Programa del niño / a ___
Programa de la Mujer ___ Morbilidad General ___ Emergencia ___ Consulta Externa ___
Visita Domiciliar ___

Quién presentó la denuncia: Afectada ___ Familiar ___ Acompañante ___ Otro ___

Datos relacionados con la VIF, Tipo de VIF: Física ___ Psicológica ___ Sexual ___
Económica ___ Negligencia / Abandono ___ Institucional ___

Datos del Agresor:

Nombre y Apellidos: _____ Edad _____

Dirección Domiciliar: _____

Dirección de Trabajo: _____

Teléfonos: _____

Parentesco: Padre ___ Madre ___ Hermano /a ___ Cónyuge ___ Pareja ___

Hijo / a ___ Otro familiar ___ No familiar ___

Referencia:

Seguimiento:

Contrarreferencia:

* El llenado de este formato incluye un original y una copia. El original se enviará al lugar donde sea referida y la copia se adjunta al expediente clínico.

**Anexo No. 6 HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA VALORACION FÍSICA Y RECOLECCIÓN
MEDIC LEGAL**

SILAIS: _____ **Unidad de Salud:** _____

Yo _____ autorizo al prestador o prestadora de servicio _____ de la Unidad de Salud _____ a realizar médico a: _____

_____ que consiste, en examinarme físicamente (incluyendo áreas genitales, ano y mamas), lo cual implicara que tendrá que observarme con mi cuerpo al descubierto (en las áreas donde me revisara), a tomar muestras de secreciones y fluidos, así como fotografías, de las áreas que la examinadora o examinador amerite y en valorar y recolectar la ropa que tengo puesta, (si es la misma que llevaba en el momento de la agresión sexual). Anexar toda esa información al expediente clínico para ser utilizado en el proceso judicial.

El prestador o prestadora de servicio de salud está obligado por el Código Penal vigente de la Republica de Nicaragua, Código de Procedimiento Penal y Código de la Niñez y de la Adolescencia a poner en conocimiento de autoridad competente cuando se sospeche de una agresión sexual.

Todo el material forense antes descrito será custodiado por el servicio médico, donde estoy siendo atendida, asegurándose la cadena de custodia para garantizar la validez de la prueba.

He comprendido y me han explicado todo lo antes expuesto por tanto:

Firma de la persona que autoriza el procedimiento:

Identificación: _____

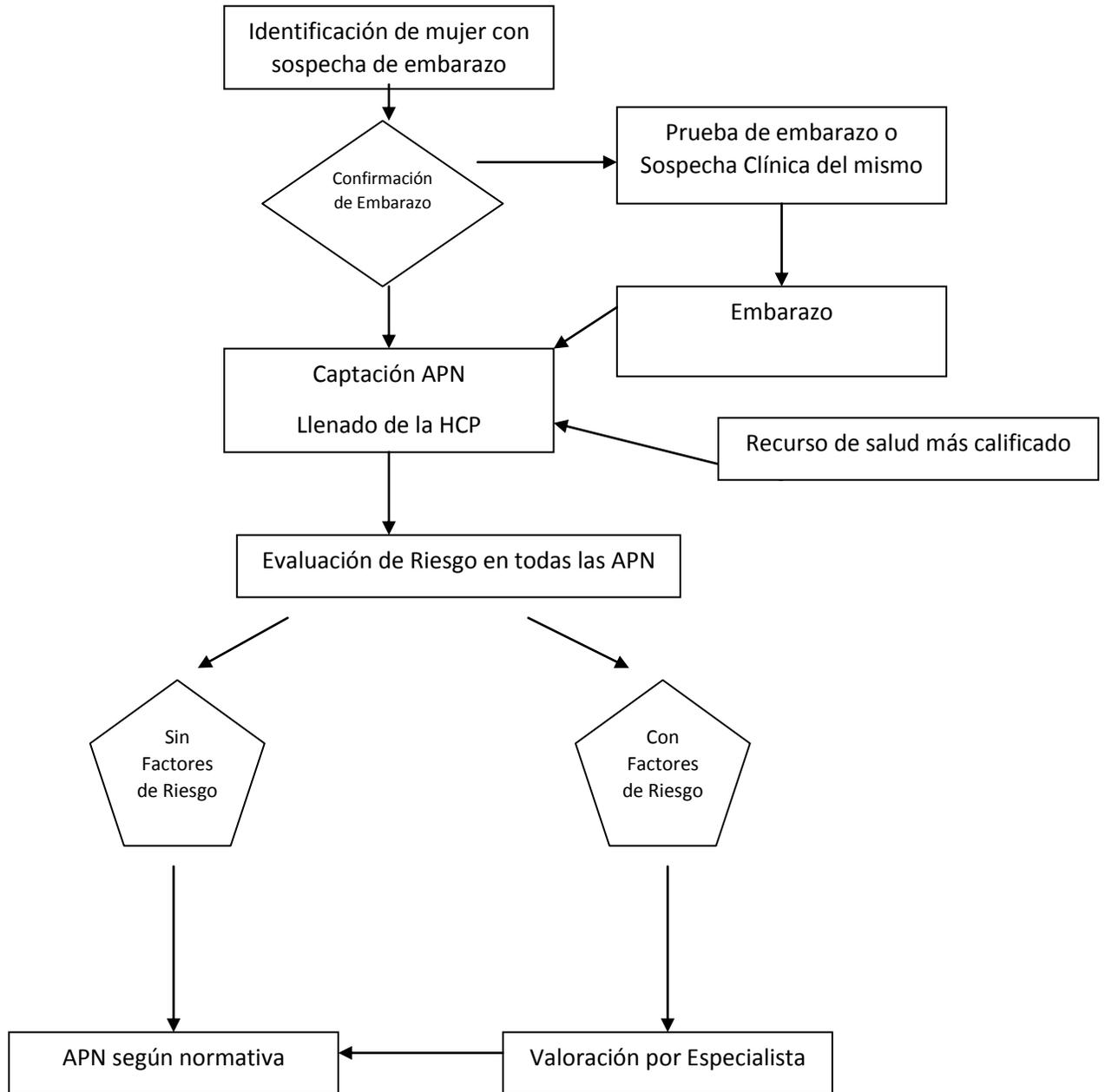
Fecha y Hora: _____

No autorizó el procedimiento: _____

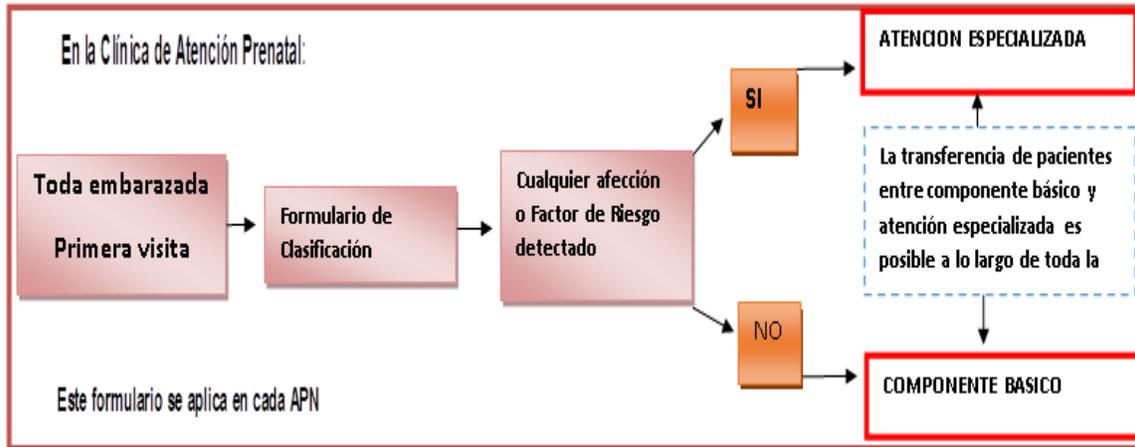
Nota: Si la persona es menor de edad deberá firmar el familiar o tutor legal responsable, sin embargo si este se negara a firmar el consentimiento la o el prestador de servicio deberá notificar a la Comisaria dela Mujer y la Familia recordándose que deberá privar el interés superior de la niña, niño o adolescente.

ALGORITMOS

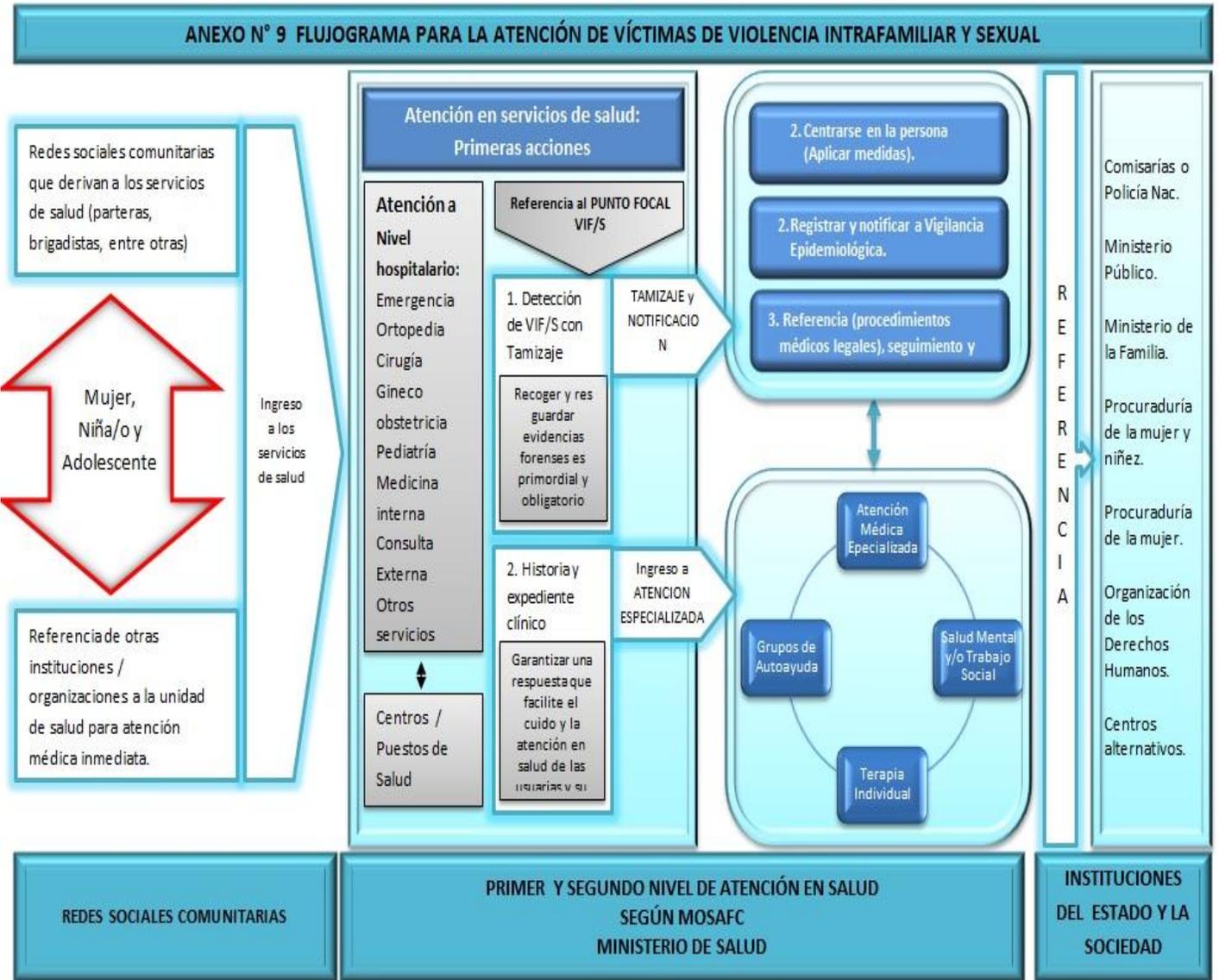
Algoritmo No 1. Clasificación de riesgo en la Atención Prenatal



Algoritmo No 2. Clasificación de Riesgo en la Atención Prenatal



Algoritmo No. 3 Flujoograma para la Atención de Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual



BIBLIOGRAFIA

1. Allen, S y Daly, K (2007) The Effects of father involvement: An Updated Research Summary of the Evidence Inventor with Policy Considerations. World Bank.
2. Barker, G (2003) Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations. World Bank.
3. BID-Educación. Aportes No. 12. Educación de Calidad: ¿Un Anticonceptivo Eficiente? Emma Näslund-Hadley. Gádor Manzano. Diciembre 2011.
4. Constitución Política de Nicaragua.
5. Capacitación en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes de América Latina y El Caribe. UNFPA. Año 2005.
6. Documento Técnico que Incluye El Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 Años Ajustado y Validado por Pares Externos. Ministerio de Protección Social de Colombia y UNFPA. Año 2013.
7. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. J. Guadalupe Panduro B. 1,3, J. Jesús Pérez M. 2, Elizabeth Guadalupe Panduro M. 1, Juan Francisco Castro H.2,3 , María Dolores Vázquez G.
8. El Embarazo en Adolescentes Menores de 15 años de América Latina y El Caribe. FLASOG. AECID. UNFPA. Año 2011.
9. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N, 107, 11-23.
10. Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política. Castillo Venerio, Marcelina. UNFPA. Año 2007.
11. FLASOG. El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y El Caribe. Año 2011.
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Fertility and contraceptive use. New York: UNICEF, 2006.
13. Guías para el Continuo de la Atención de la mujer y el Recién Nacido focalizada en APS. Fescina RH. De Mucio B. Díaz Rossello. Centro Latinoamericano de Perinatología. Nº 1577 – 2011

14. Halthy Timing of Spacing of Pregnancy 101. Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciamiento saludables del embarazo. USAID.
15. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2011. PNUD. Nicaragua.
16. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/12).
17. La prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivas Adversos en Adolescentes de los países en desarrollo. OPS. Año 2011. Nicaragua. Ministerio de Salud. Guía para el Cuidado del Neonato. Managua. 2013.
18. La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Serie de Informes Técnicos 731. OMS. Ginebra 1986.
19. Ley No. 287 Código de la Niñez y Adolescencia.
20. Ley No. 870. Código de la Familia. Año 2014.
21. Ley No. 650 Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales.
22. Ley 423 Ley General de Salud.
23. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO.
24. Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género en Nicaragua. Nicaragua. Año 2012
25. Nicaragua. Gobierno de Unidad y Reconciliación. Programa Amor para los y las Chiquitos. 2010.
26. Nicaragua. Ministerio de Salud. Estándares e indicadores de calidad en los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida, y Uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. Managua. 2009.
27. Nicaragua. Ministerio de Salud. Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes. Normativa 0-95. Managua. 2012.
28. Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna para Atención Primaria. Managua. 2008.
29. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 106. Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal. Managua. 2012.
30. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 011: Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo. Actualización. Managua. Octubre 2015.

31. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 0-70. Manual metodológico para la elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos. Managua. 2011.
 32. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 0-31. Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Managua. 2015.
 33. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 002. Normas y Protocolos de la Planificación Familiar. Managua. 2011.
 34. Nicaragua. Ministerio de Salud. Normativa 029. Normas de Alimentación y Nutrición, para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años. Managua. 2009.
 35. Nicaragua. Ministerio de Salud. Norma 042: Norma de Humanización del Parto Institucional. Managua. 2010.
 36. Organización Mundial de la Salud. El uso de pruebas rápidas para sífilis. Organización Mundial de la Salud en nombre del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre enfermedades tropicales. TDR 2007.
 37. Programa P: Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS/PROMUNDO/EME. 2013
 38. Prácticas, Signos y Significados sobre Derechos, Género y Sexualidad de Adolescentes y Jóvenes de Pueblos Indígenas y Afro descendientes. Estudio Cualitativo. UNFPA/URACCAN. Nicaragua. Año 2014.
 39. Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 años. MinSalud/ UNFPA. Colombia. Año 2014.
 40. Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. y Bremberg, S. (2008) Father's involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Pediátrica* 97, pp. 153-158 Zelaya E., et al. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1): 39-46.
 41. Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo/Banco Mundial.
 42. www.19digital.com.
-