



**Seminario Iberoamericano de Adolescencia y Juventud " Construyendo  
saberes junto a los Jóvenes"**

Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe

14 de Octubre de 2013 .

La Habana . Cuba

[www.codajic.org](http://www.codajic.org)

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN  
INTEGRAL A LA MENOR DE 15  
AÑOS EMBARAZADA**

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ

MD.EPIDEMIOLOGA. MG SSR.

# ***PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MENOR DE 15 AÑOS EMBARAZADA***

No tengo conflicto de intereses.

## **AUTORES**

Dra. OLGA LUCIA RESTREPO. Pediatra. Especialista en Adolescencia. U. de Antioquia

Dra. IVONNE DIAZ. Ginecobstetra. U. Militar Nueva Granada.

Dra. NUBIA FARIAS Pediatra. U. Nacional de Colombia.

Dr. NESTOR BALCAZAR. Ginecobstetra. U. del Rosario

Dr. CARLOS A QUINTERO. Ginecobstetra. U del Valle del Cauca.

Dr. EDUARDO ROMERO. Ginecobstetra. U del Valle del Cauca

Dra. ZULMA URREGO. Psiquiatra.

Dra. DIVA MORENO. Md. Epidemióloga. Ministerio de Salud y protección social.

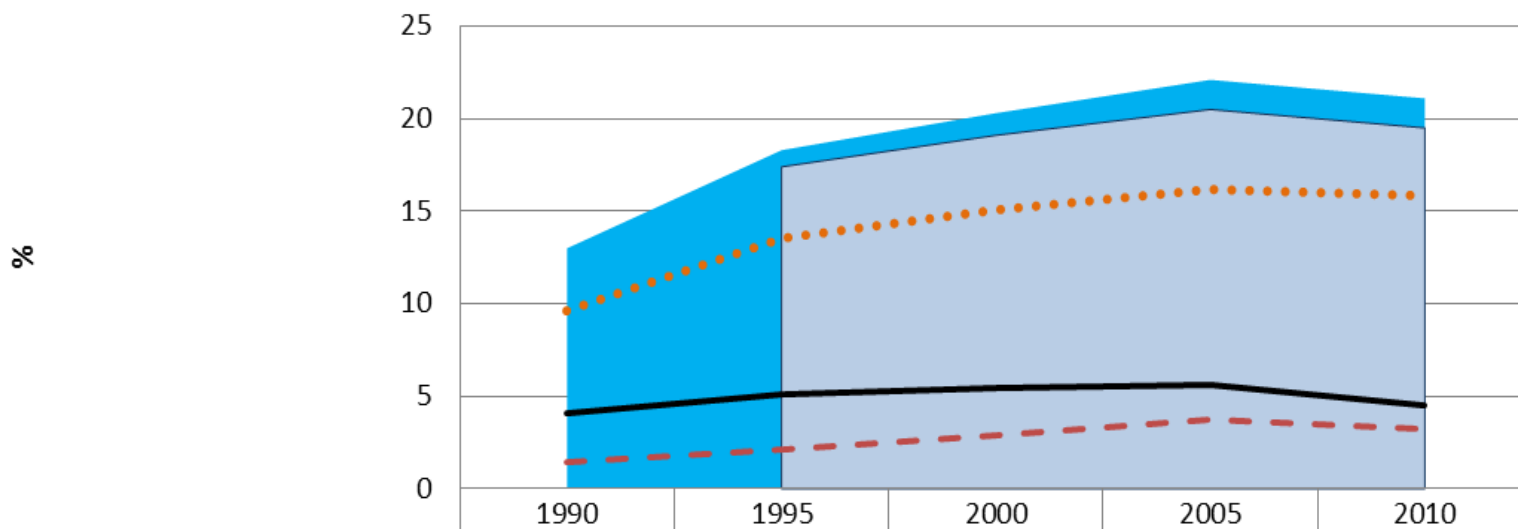
Lic. MARY LUZ MEJIA. Enfermera. Msc Salud Pública. UNFPA.




Dr. EDGAR IVAN ORTIZ - COORDINADOR. Ginecobstetra. Universidad del Valle.



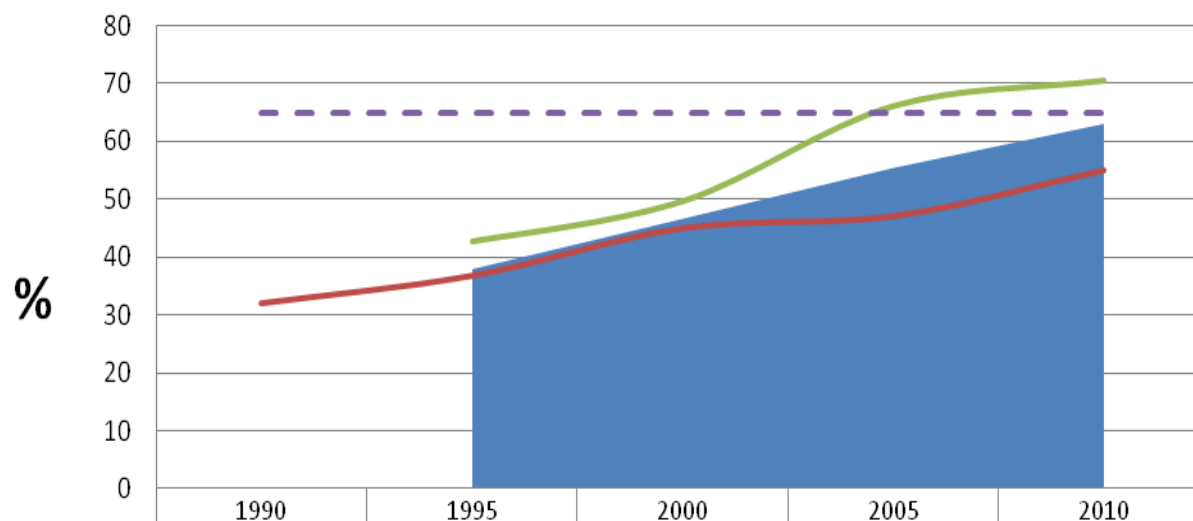
- ANTECEDENTES
- EPIDEMIOLOGÍA
- JUSTIFICACIÓN
- CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
- NORMATIVIDAD VIGENTE
- CONTROL PRENATAL
  - i. CONSEJERÍA SOBRE OPCIONES QUE PUEDE TENER





## Tendencia de la proporción de embarazos, nacidos vivos y pérdidas según ENDS, Colombia, 1990 a 2010. <sup>5</sup>



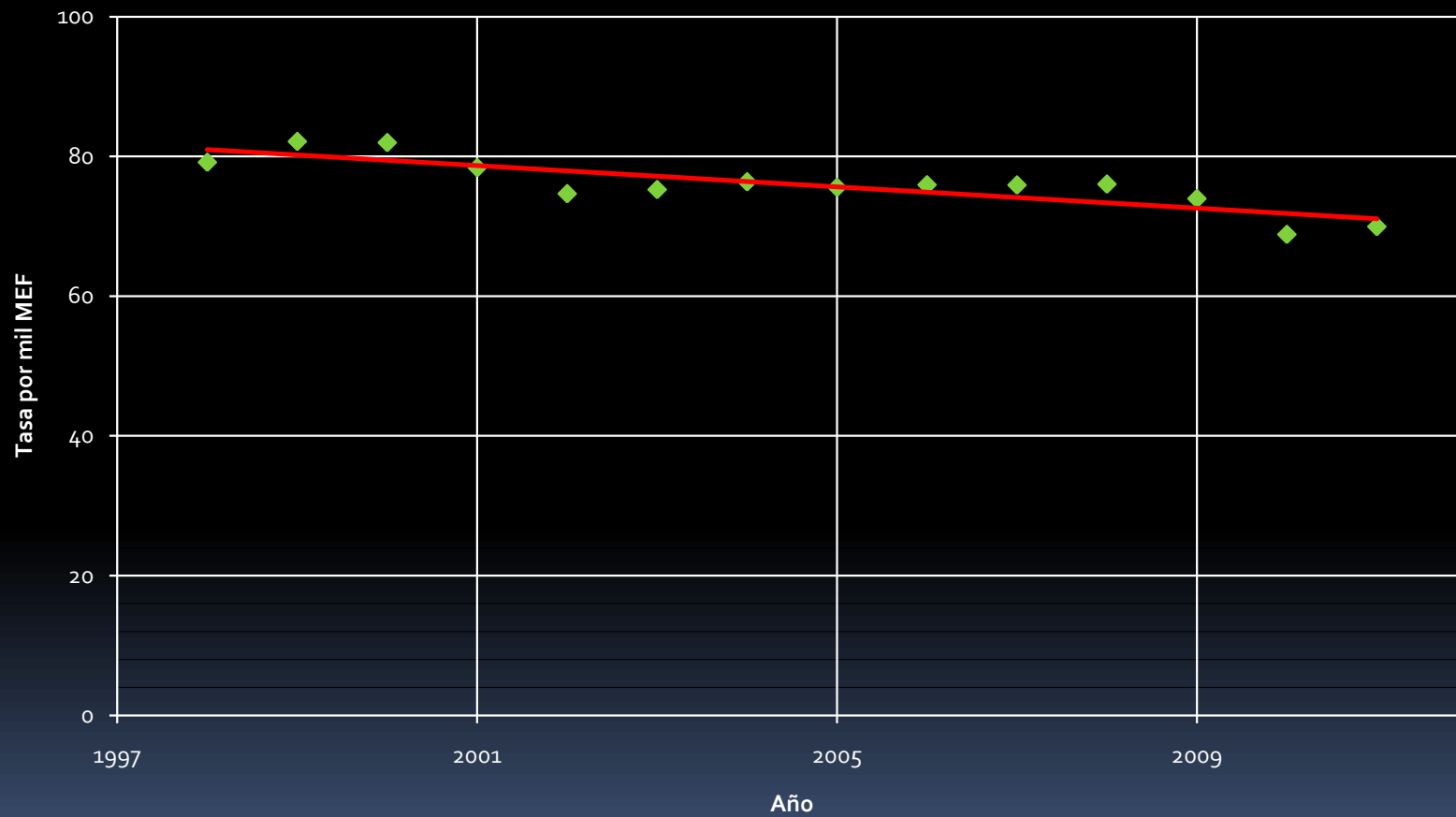
	1990	1995	2000	2005	2010
 % alguna vez embarazadas	13	18,3	20,3	22,1	21,1
 % alguna vez madre o embarazada actualmente		17,4	19,1	20,5	19,5
 % con hijo	9,6	13,5	15,1	16,2	15,8
 % con alguna pérdida	1,4	2,1	2,9	3,7	3,2
 % Embarazada	4,1	5,1	5,4	5,6	4,5

## Prevalencia de uso actual de metodos anticonceptivos modernos entre niñas de 15 a 19 años, Colombia 1990 a 2010. ENDS.

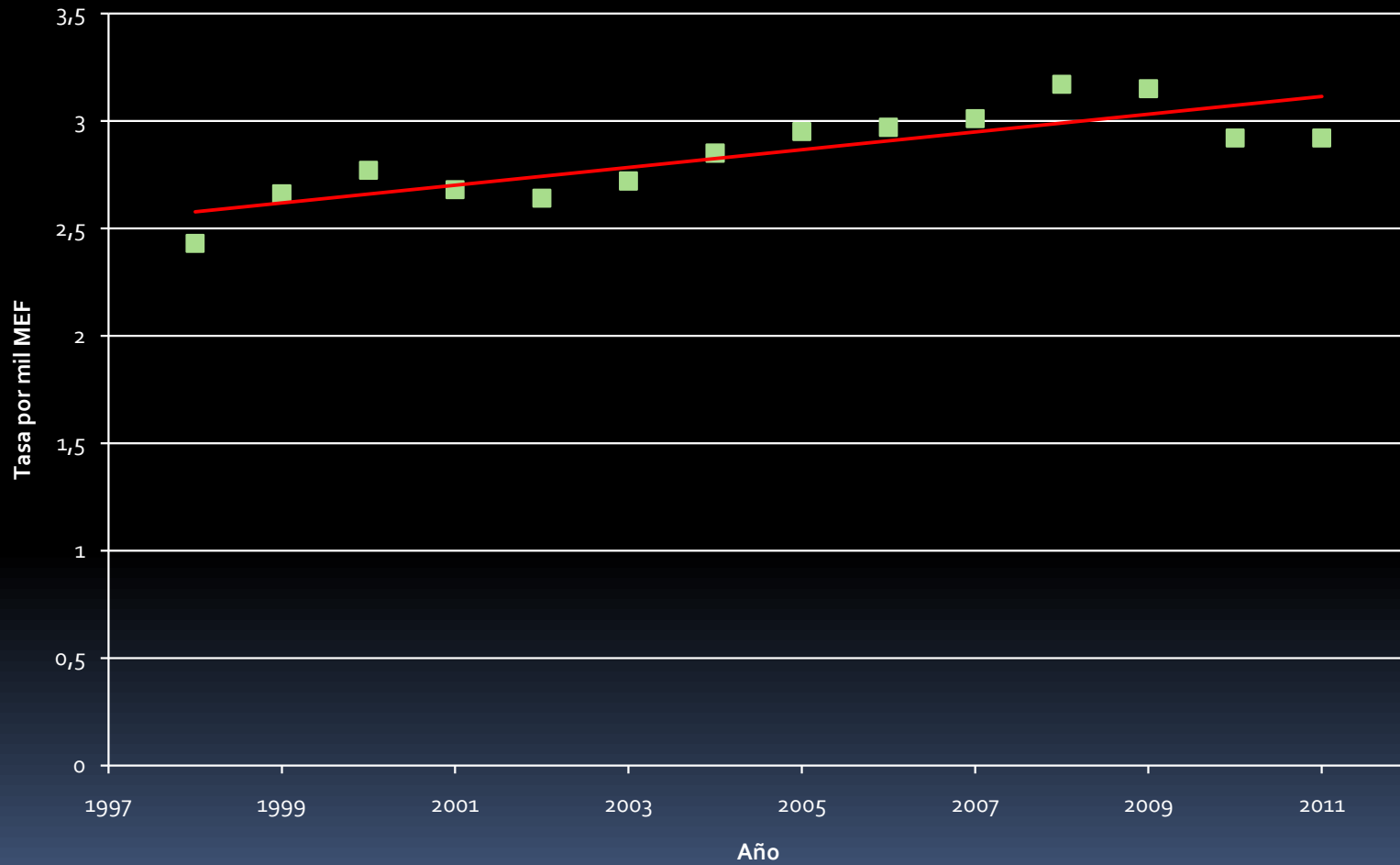


	1990	1995	2000	2005	2010
 TOTAL Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años SEXUALMENTE ACTIVAS uso actual de métodos modernos de anticoncepción		38	46,7	55,5	63,11
 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años unidas con uso actual de métodos modernos de anticoncepción	31,90	36,70	45,00	47,10	55,10
 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años no unidas sexualmente activas con uso actual de métodos modernos de anticoncepción		42,60	49,60	66,10	70,50
 Meta ODM	65	65	65	65	65

## Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes de 15 a 19 años

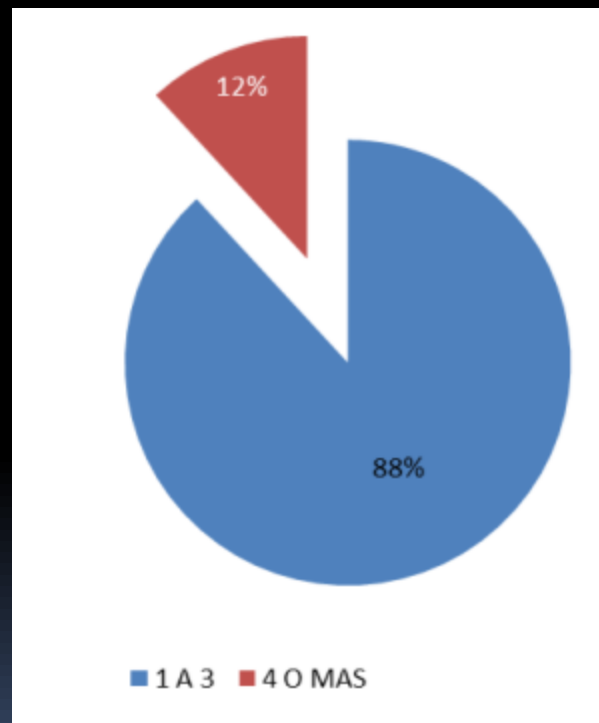
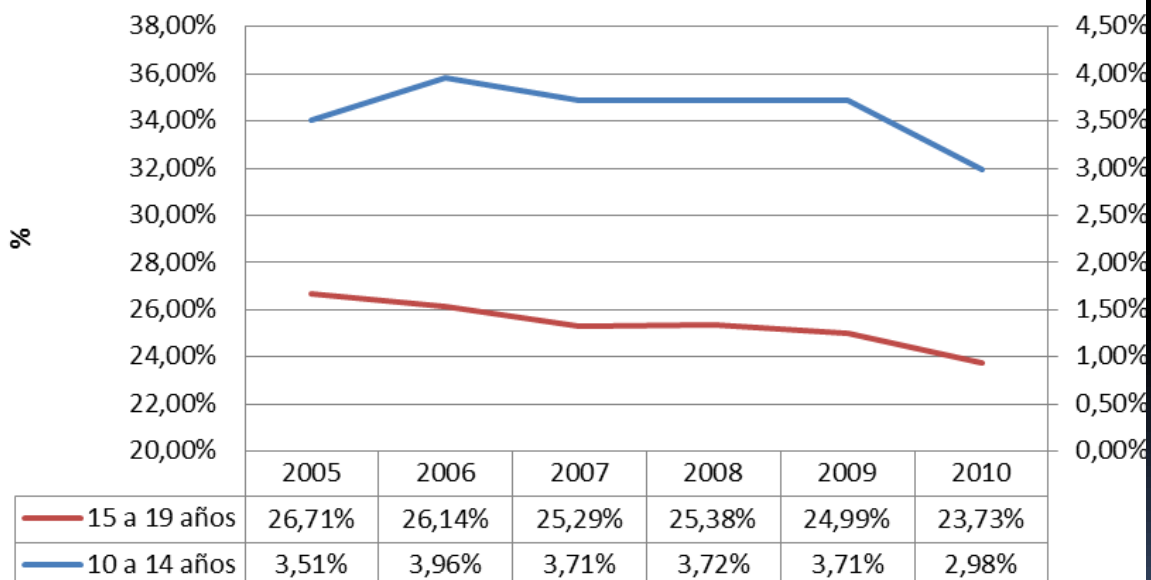


## Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes de 10 a 14 años



# EMBARAZO SUBSIGUIENTE

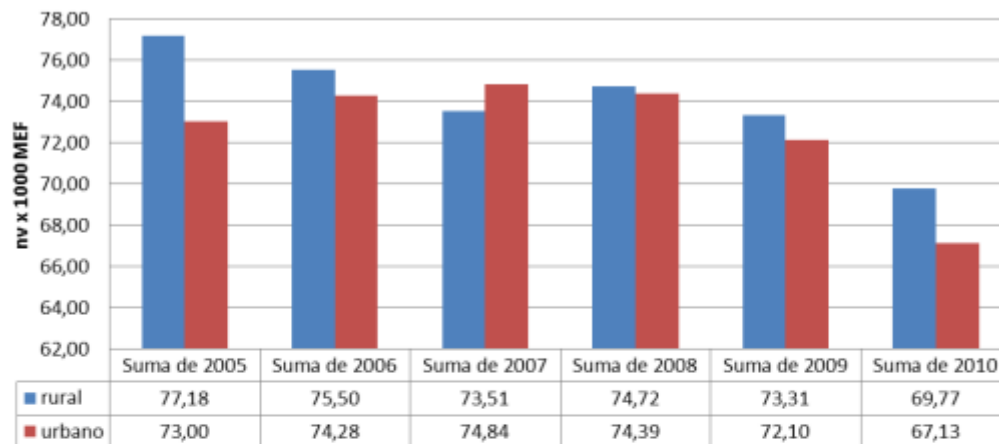
Proporción de nacidos vivos derivados de embarazos adolescentes subsecuentes registrados en estadísticas vitales, Colombia, 2005 a 2010.



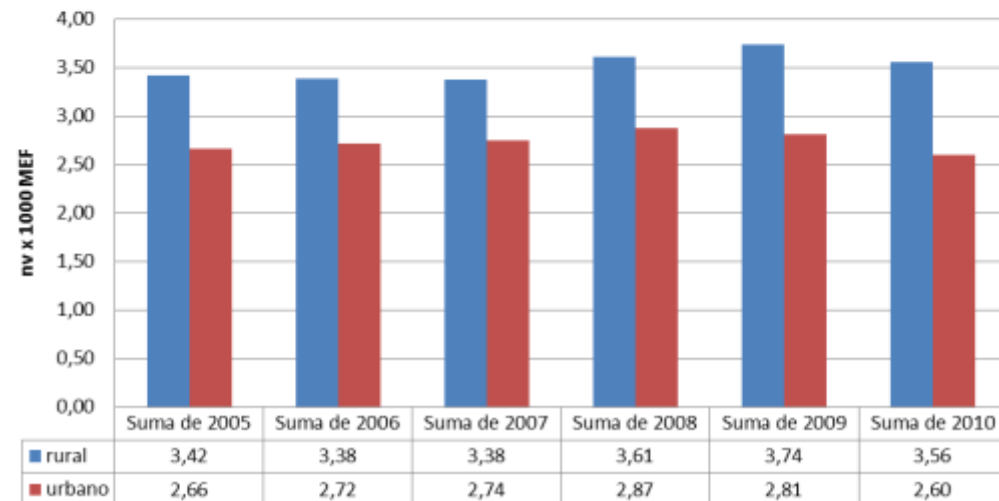




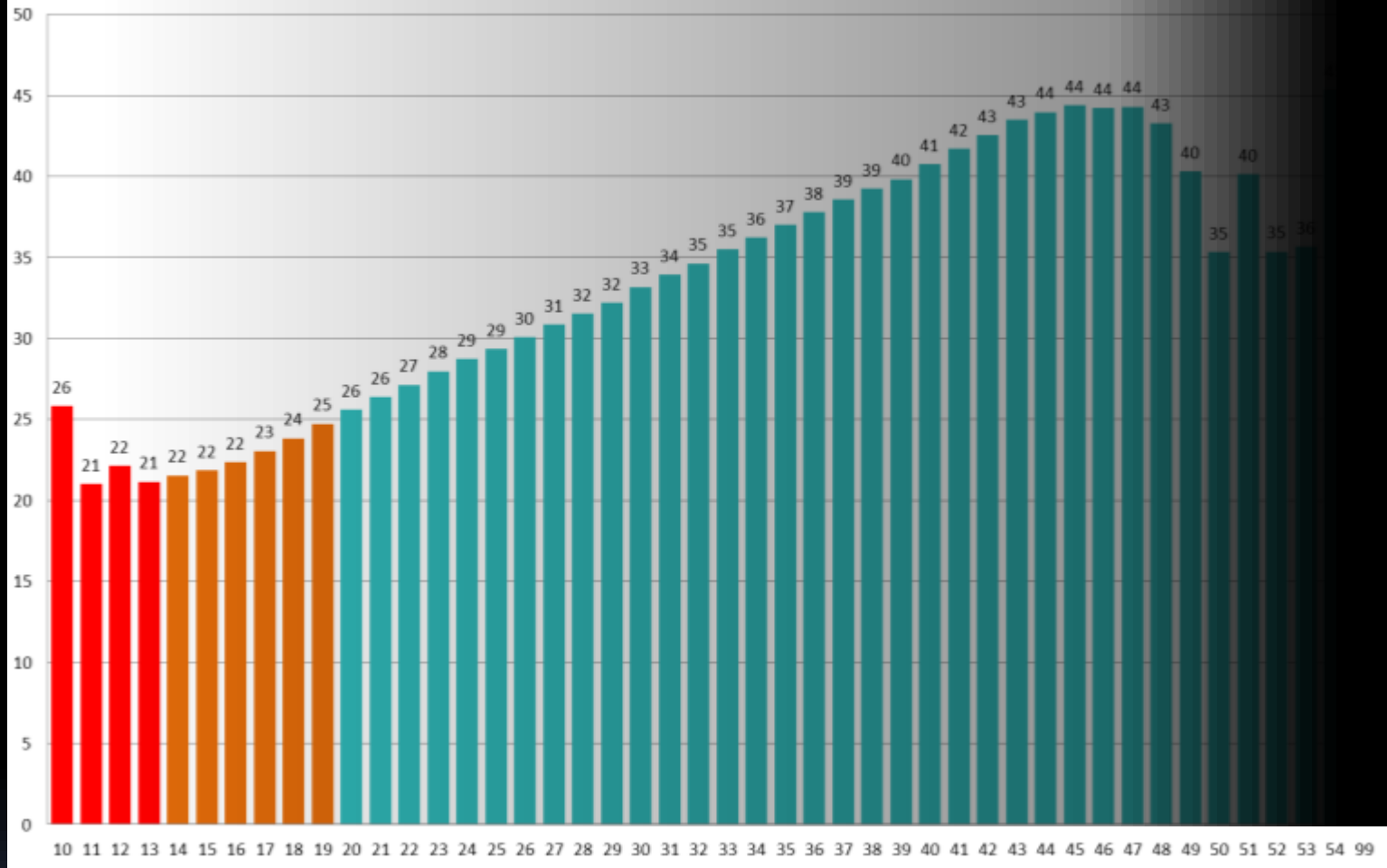
### Tasa específicas de fecundidad Urbana y Rural de 15 a 19 años, Colombia 2005 a 2010.



### Tasa específicas de fecundidad Urbana y Rural de 10 a 14 años, Colombia 2005 a 2010.

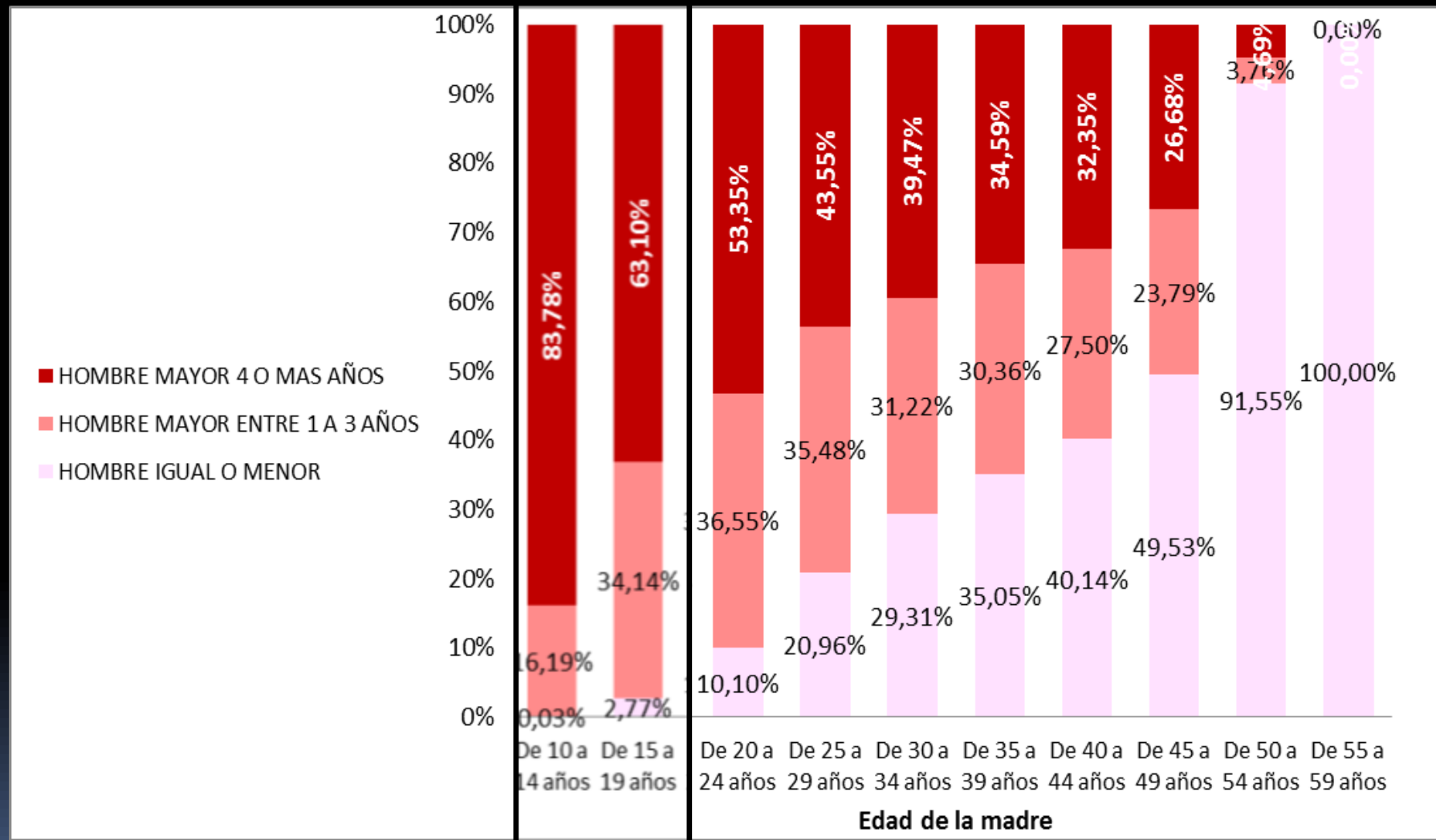


Edad del padre frente a la edad de la madre de los nacidos vivos, Colombia 2009

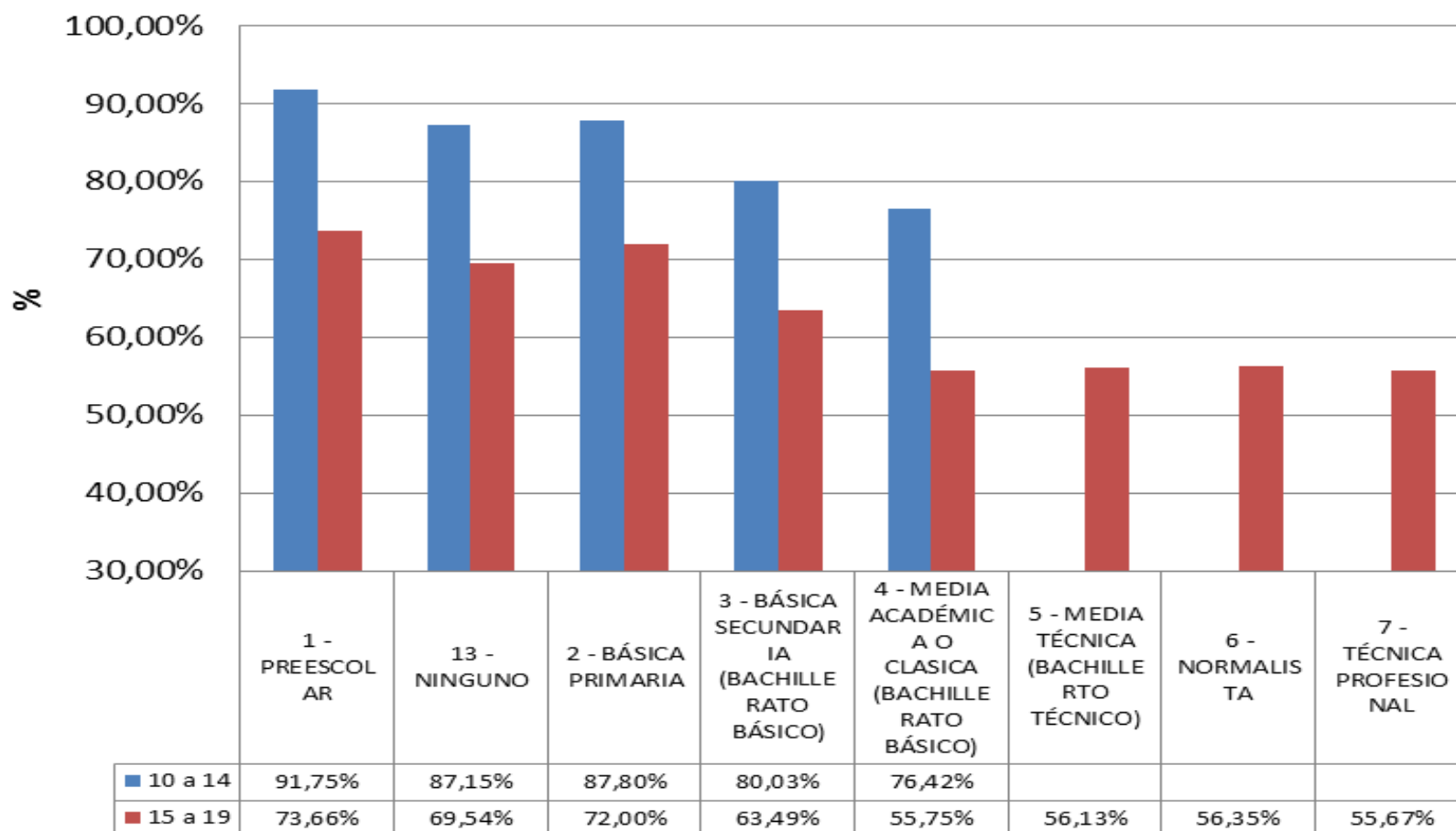


- El DANE reporta al año cerca de **7 mil nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años**, De estos el **84%** es consecuencia de relaciones sexuales **con hombres mayores de 20 años** y **4.600** quedaron en embarazo siendo menores de 14 años, considerados como **Violencia Sexual**.

# Diferencia de edad entre el padre y la madre de los nacidos vivos, Colombia, 2005 a 2010.

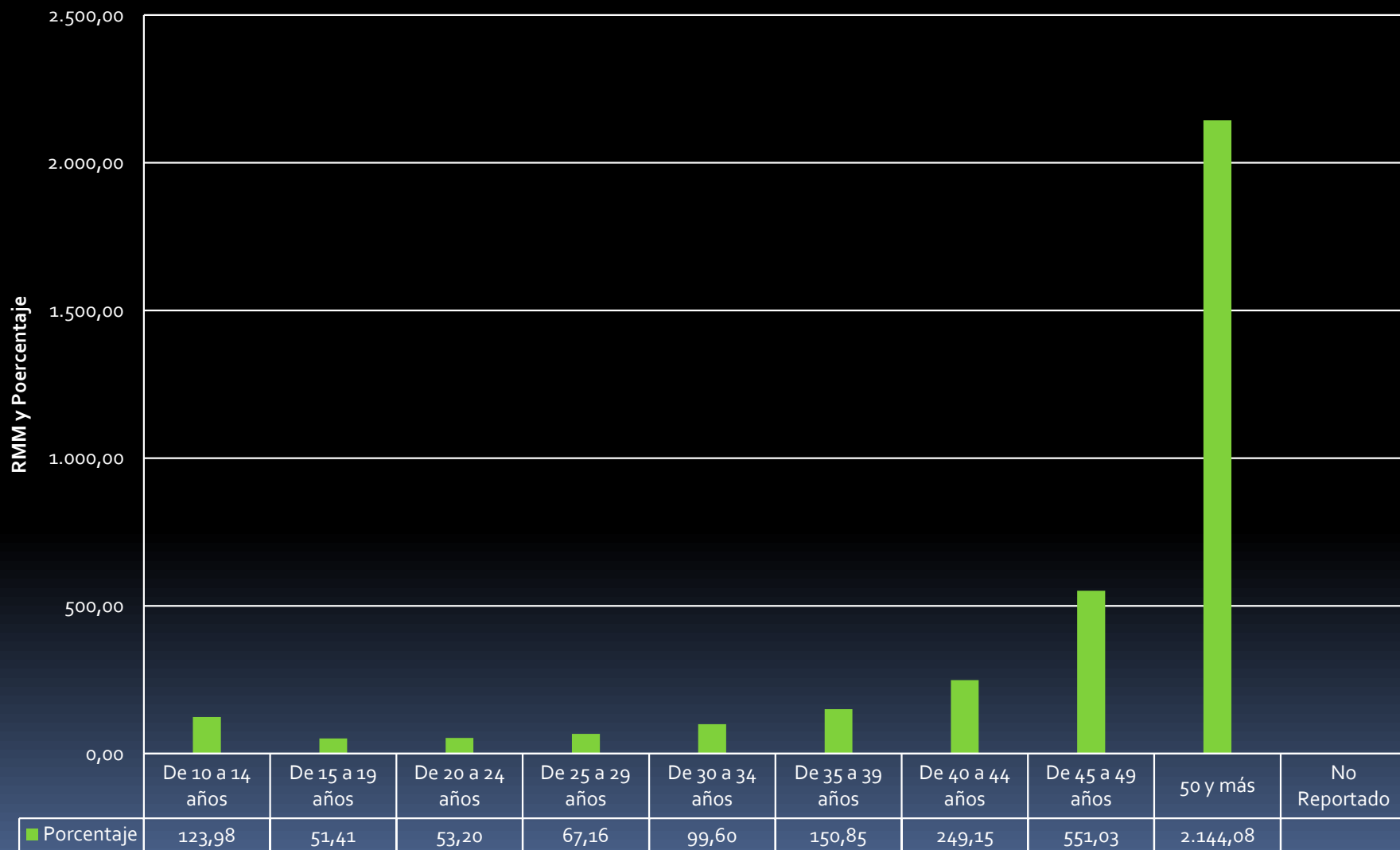


## Proporción de padres que tienen más de 4 años de diferencia con la edad de la madre adolescente, Según escolaridad, Colombia 2005 a 2011.



# Distribución de la mortalidad materna por edad

## Razón de Mortalidad Materna por Edades



## DEFINICIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE

«Un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer 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»

*Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA)*

# EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS

## DELITO

Código penal.  
Capítulo III.  
Art: 303, 304,  
305

EXPLOTACIÓN  
SEXUAL  
COMERCIAL  
DE NNA

Obligación de  
asumir rol  
de adultos



## DERECHO A LA VIDA

6 veces mayor  
probabilidad  
de morir por  
causa  
obstétrica

Prácticas  
culturales  
por encima  
de los  
**Derechos  
Humanos**  
de NNA

Inicio de  
relaciones  
sexuales  
bajo  
coerción,  
fuerza,  
intimidación.

# EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS

EMBARAZO NO  
DESEADO

63,7%

PRINCIPALES  
ABUSADORES  
PADRES,  
CUIDADORES,  
FAMILIARES

Ligado a pobreza, baja  
escolaridad, inequidad  
de género,  
vulneración de  
derechos y contextos  
familiares adversos

MENORES DE 14  
AÑOS,  
CONSIDERADOS  
INCAPACES DE  
DAR  
CONSENTIMIENTO

DESCONOCIMIENTO  
DEL CUERPO, FALTA  
DE INFORMACIÓN

REGISTROS  
ESTADÍSTICOS  
Y ESTUDIOS  
ESCASOS





# Protocolo de Atención integral a la embarazada menor de 15 años

## ¿QUÉ ES?:

- No es una GAI, es un protocolo.
- Abordaje desde la perspectiva de derechos humanos y DSR y desde la perspectiva de riesgo biosicosocial.
- Basado en evidencia
- Parte de la norma vigente en detección de alteraciones del embarazo
- Es útil en la atención de mayores de 15 años que comparten condiciones de vulnerabilidad.

## MÓDULOS

1. Diagnóstico y Consejería
  - A. Captación y diagnóstico
  - B. Consulta de consejería frente a opciones del embarazo
2. Control prenatal
3. Atención durante el trabajo de parto y el parto
4. Atención del puerperio
5. Anticoncepción.

## CONSEJERÍA SOBRE LAS OPCIONES QUE PUEDE TENER LA ADOLESCENTE FRENTE AL EMBARAZO

☐ Consulta y principalmente del interrogatorio en un entorno privado: indagar de Abuso o Violencia Sexual y el Maltrato, ejercicio de su sexualidad.

☐ Una vez hecho el diagnóstico la adolescente cuenta con tres opciones respaldadas por la ley:

- ✓ Interrumpir voluntariamente el embarazo,
- ✓ Llevar a término el embarazo y maternidad, o
- ✓ Entregar al recién nacido en adopción.



## CONSEJERÍA SOBRE LAS OPCIONES QUE PUEDE TENER LA ADOLESCENTE FRENTE AL EMBARAZO

- ❑ Ante la opción del Aborto Inducido o la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el **profesional debe ser claro, asumir una actitud neutral y laica** para poder brindar la información.
- ❑ La Institución de Salud debe **activar las rutas interna y externa, para la atención a víctimas de violencia sexual** (de acuerdo con la dinámica propia de cada IPS) y obliga un **abordaje integral, multidisciplinario e intersectorial**, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el Modelo y el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Resolución 459 de 2012

## CONSEJERÍA SOBRE LAS OPCIONES QUE PUEDE TENER LA ADOLESCENTE FRENTE AL EMBARAZO

- ❑ Ante la opción del Aborto Inducido o la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el profesional **debe ser claro, asumir una actitud neutral y laica** para poder brindar la información.
- ❑ La Institución de Salud debe **activar las rutas interna y externa**, para la **atención a víctimas de violencia sexual** (de acuerdo con la dinámica propia de cada IPS) y obliga un **abordaje integral, multidisciplinario e intersectorial**, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el Modelo y el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

## CONSEJERÍA SOBRE LAS OPCIONES QUE PUEDE TENER LA ADOLESCENTE FRENTE AL EMBARAZO

- ❑ **Información** verás, completa, y oportuna que le sea brindada por el equipo de salud, para LA ADOLESCENTES pueda, **en libertad de conciencia**, realizar un **ejercicio autónomo y consiente** que le permita **auto-determinar su intención reproductiva**, del embarazo en curso.
- ❑ Cuando una adolescente embarazada está informada y expresa que desea llevar a término el embarazo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) debe brindarle apoyo psicosocial especializado a la madre y el padre adolescentes para que puedan permanecer con su hijo o hija, o para otorgar el consentimiento libre e informado para darlo en adopción.

# DETECCIÓN

- Es poco frecuente que consulten a los servicios de salud.
- Consultan con motivos distintos a los que genera un embarazo.
- Los síntomas son vagos que sugieren problemas psicossomáticos.



# CONTROL PRENATAL

- Captación al control prenatal en primer trimestre
- Acompañamiento con persona de su elección.
- La adolescente es informada y toma decisiones sin presiones
- Abordaje transdisciplinario.
- Se califica embarazo de ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
- Consulta de primera vez, **mínimo de 40 minutos** de duración y controles mínimo de 30 minutos.



# CONTROL PRENATAL

□, los controles prenatales se realizan **cada mes con obstetra** y **cada mes con médico general o enfermera** (intercalados) para que la paciente asista a controles al menos cada 15 días, Desde el primer control hasta la semana 30 de gestación.

□control prenatal entre las semanas 30 y 34 de gestación, cada 15 días con obstetra.

□control prenatal semanal en la institución de alta complejidad en donde va a ser atendido el parto





# CONTROL PRENATAL

Ecografías en cada trimestre.

Formulación de **Carbonato de Calcio con Vitamina D**

hospitalización como medida de protección (víctimas de violencia basada en género, ubicaciones geográficas de difícil acceso, abandono, discapacidad)



# ATENCIÓN DIFERENCIADA

- Remisión a **Pediatría** para desarrollar temas de puericultural pre y post natal
- Remisión a **Nutrición**
- Remisión a consulta de salud mental, psicología o psiquiatría-
- Realización de **ECOMAPA**
- Coordinación con ICBF para plan de protección a la menor de 14 años embarazada
- Remisión a valoración anestésica a partir de la semana 34 de gestación.



# ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

- Atención en la institución de la mayor complejidad en el territorio de referencia.
- Admisión en la fase latente del trabajo de parto o antes si tiene factores de riesgo especiales
- Ingreso con acompañante escogido por la paciente al trabajo de parto y parto.
- Privacidad en la atención
- Atención por obstetra
- Analgesia Obstétrica en fase de dilatación y borramiento
- Registro de partograma



# ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO

- Hospitalización al menos 48 horas post parto normal
- Hospitalización al menos 72 horas post parto por cesárea.
- Educación en lactancia, puericultura y autocuidado por parte del personal de enfermería.
- información sobre sus opciones de dar en adopción o seguir con la crianza de su bebé, sin presiones, con respeto a la privacidad y confidencialidad.
- Consulta 7 días post parto
- Controla a las 4 a 6 semanas para verificar anticoncepción, lactancia y redes de apoyo.



# ANTICONCEPCIÓN

□ orientación y consejería sobre anticoncepción durante la hospitalización en el post parto

□ selecciona un método anticonceptivo para utilizar en su postparto, el cual debe ser entregado e iniciado antes del alta, guardando el respeto y promoviendo la toma de decisiones autónomas, y guardando la confidencialidad.



# FASES DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

## 1. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO POR EXPERTOS/AS (2011)

- i. En el marco de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos relacionados;
- ii. la atención diferenciada para la atención prenatal, del parto y el puerperio;
- iii. la anticoncepción para el post evento obstétrico.



# FASES DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

2. SOCIALIZACIÓN NACIONAL 2012 Mediante 3 eventos regionales simultáneos a 266 profesionales de la salud de 21 Departamentos, y 170 entidades de salud, diligenciaron encuestas para aprestamiento de fase de validación operativa, verificación de factibilidad de aplicación. (decisión política e institucional).

- i. Sensibilización a directivos y técnicos
- ii. Socialización del contenido del protocolo.
- iii. Establecimiento de línea de base

## Principales conclusiones:

- i. Que sea de obligatorio cumplimiento.
- ii. Coordinación con otros sectores, rutas claras de reporte a protección y justicia en los casos de menores de 14 años embarazada.
- iii. Limitaciones para la oferta de consejería en opciones frente al embarazo y realización de IVE.

# FASES DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

## 2. Principales conclusiones:

- iv. Dificultad para garantizar atención por obstetra.
- v. Confusión de los roles de profesionales de la salud.
- vi. Dificultad de atención en institución de más alto nivel de complejidad.





# FASES DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

3. **Validación del documento con pares externos** (3 videoconferencias. 3 semanas, derechos (13 expertos); atención prenatal, parto y puerperio (14 expertos); y anticoncepción posparto (9 personas). Entre estos expertos se encuentran gineco-obstetras, pediatras y anesthesiólogos, de diferentes entidades – IPS, universidades, ICBF y Ministerio de Salud entre otras.



# 4. Validación operativa: 13 IPS. Estudio transversal de Marzo 15 a Abril 30. Formulario 246 preguntas, 5 módulos

Nombre de la Entidad	Ciudad	No. Formularios	No. Pacientes
Hospital de Engativa. (Nivel II Público)	Bogotá	17	17
Hospital de Kennedy (Nivel III Público)	Bogotá	8	8
Instituto Materno Infantil. (Nivel III Público)	Bogotá	9	9
Clínica Univ. Colombia Sanitas. (Nivel III Privado)	Bogotá	6	5
Saludcoop (Nivel I y II privado)	Bogotá	21	19
Clínica Rafael Calvo. (Nivel III público)	Cartagena	19	19
Hospital San Jerónimo. (Nivel II público)	Montería	11	11
ESE CAMU El Amparo. (Nivel I público)	Montería	1	1
Hospital Universitario del Valle (Nivel III público)	Cali	9	9
Clínica Farallones. Nivel II (privada)	Cali	5	4
Hospital Cañaveralejo. Nivel II (público)	Cali	13	12
Clínica del Prado. (Nivel III privada)	Medellín	5	5
UOL-Clemencia-Bolívar (Nivel I Público)	Clemencia	2	2
<b>TOTAL</b>		<b>126</b>	<b>121</b>



## 4. RESULTADOS DE VALIDACIÓN OPERATIVA.

1. El protocolo favorece la perspectiva de prevención y promoción en la atención integral de los adolescentes y reduce los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Su implementación es una buena oportunidad para sensibilizar en este tema a las entidades a nivel nacional.
2. De acuerdo con la experiencia, todos y cada uno de los factores diferenciales son aplicables (con mayor o menor grado de dificultad) pero requieren de la voluntad política de todos los actores involucrados. Al verificar la aplicación se encontró que tanto las entidades públicas como las privadas o integradas verticalmente, presentan distintos grados de implementación y no se identificó ningún factor, que en razón al tipo de entidad, no pueda ser aplicado.
3. A partir de la premisa anterior, se plantea la necesidad de convertir el protocolo en norma de tal manera que los diferentes agentes relacionados con esta atención, cumplan con lo que les corresponde en los requerimientos diferenciales

## 4. RESULTADOS DE VALIDACIÓN OPERATIVA.

4. Como hipótesis, se puede pensar que el bajo número de complicaciones observadas en este grupo, podría estar relacionado con la aplicación de los factores diferenciales en el proceso de atención.
5. Un aspecto fundamental para superar las barreras administrativas y técnicas identificadas, es la de clasificar a la menor como "paciente de alto riesgo" y no como "adolescente"
6. En instituciones integradas verticalmente y con varias sedes de atención, se toma la decisión de llevar el protocolo a las demás entidades de su red propia. Esto demuestra la posibilidad de trabajar con las EPS en la superación de las dificultades y barreras detectadas en la prueba piloto y que podrían incidir en el proceso de implementación. De hecho, varias de las instituciones manifestaron que continuaron con la atención prevista en el protocolo después de la prueba piloto.

## 4. RESULTADOS DE VALIDACIÓN OPERATIVA.

4. En algunas de las entidades, la aplicación del protocolo generó la revisión de diversos procesos aplicables también a otro tipo de pacientes y a la reorganización de algunos servicios.
5. Se presentan limitaciones administrativas dado que varios de los factores diferenciales de la atención aumentan el costo si se compara con la atención prenatal y de parto normales. Esto es más difícil en las instituciones que contratan por paquetes. Sin embargo, se exponen alternativas al tener en cuenta la definición de alto riesgo para estas niñas, y se recomienda revisar los códigos CUPS ya que todas las actividades están previstas en el y por lo tanto son facturables. "Todo lo que esté justificado, se puede facturar"
6. Este protocolo se podría complementar con listas de chequeo que verifiquen cada uno de los factores diferenciales de la atención de la menor de 15 años embarazada.

# FASES DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

5. **Curso virtual de socialización del protocolo** a cargo de FECOLSOG, 20 horas dirigido a profesionales de ginecobstetricia, pediatría, medicina general y enfermería. Cupos 150. Inscritos 400.
6. **Diplomado virtual** para formación de profesionales de baja, mediana y alta complejidad. 120 horas virtuales. 3 seminarios presenciales. 1 curso pre congreso en Congreso Colombiano de GO.



**MITO:**  
SI RELACIONAMOS  
LA SEXUALIDAD  
CON EL PELIGRO,  
LOS PROTEGEMOS.

**REALIDAD:**  
RECONOCER  
LA  
SEXUALIDAD  
COMO PARTE  
DEL  
DESARROLLO  
HUMANO  
ES LA MEJOR  
MANERA DE  
CUIDARLOS.

*Las sociedades que  
entienden la  
sexualidad como  
parte del desarrollo  
humano logran que  
los adolescentes  
estén mejor  
informados y tomen  
decisiones más  
responsables.*

**Generación Más Revela 2**  
¿cuánto sabes de sexualidad?

Nata y Cathy te lo cuentan en Revela 2,  
desde todas las posiciones.  
Por Señal Colombia y tu canal de TV regional.

UNFPA  
Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

Ministerio de Salud  
www.minisalud.gov.co

**GRACIAS**

**divajanneth1@gmail.com**