



PROTOCOLO MANEJO DE MADRE GESTANTE MENOR DE 15 AÑOS

IAMII
OCTUBRE 2025

CONTENIDO

1	INTRODUCCION	4
2	DEFINICION	4
3	OBJETIVOS	4
4	ALCANCE	5
5	DEFINICIONES..... ¡Error! Marcador no definido.	5
5.1	ADOLESCENCIA:	5
5.2	ADOLESCENCIA INICIAL (10 a 13 años):	6
5.3	ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 años):	6
5.4	ADOLESCENCIA FINAL (17-19 años):	6
5.5	ABUSO SEXUAL:	7
5.6	INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE):	7
5.7	EMBARAZO INFANTIL FORZADO:	7
5.8	DETERMINANTES DE LA SALUD:	7
5.9	DERECHOS HUMANOS:	8
5.10	DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:	8
5.11	REVICTIMIZACIÓN:	8
6	ASPECTOS NORMATIVOS PARA BRINDAR ATENCION EN SALUD A LA ADOLESCENTE	
GESTANTE	8
7	RECURSOS.....	9
7.1	TALENTO HUMANO.....	9
7.2	INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS	10
8	RUTA CRÍTICA PARA LA ATENCION DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS.....	11
8.1	NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADULTO Y/O DETECCION DE UN EVENTO DE VIOLENCIA SEXUAL.....	11
8.2	NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADOLESCENTE MAYOR DE 14 AÑOS Y MENOR DE 18 AÑOS.....	12
8.3	NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADOLESCENTE MENOR DE 14 AÑOS 14	
9	DIAGNOSTICO	15
10	CONSEJERIA SOBRE LAS OPCIONES QUE PUEDE TENER LA ADOLESCENTE FRENTE AL EMBARAZO.....	16
11	CONTROL PRENATAL (CPN).....	17
11.1	PRIMERA CONSULTA PRENATAL:	17
11.2	CONTROL PRENATAL DE SEGUIMIENTO:	18
11.3	Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad	20
11.4	Atención en Salud Bucal.....	20

11.5	Atención para la promoción de la Alimentación y Nutrición.....	20
11.6	Atención por psicología:	21
11.7	Valoración y acompañamiento por Trabajo Social	21
11.8	Valoración por pediatría:.....	21
11.9	Valoración Preadnestésica:	21
12	ATENCION DEL PARTO	21
12.1	Admisión de la gestante en trabajo de parto:	22
12.2	Atención del primer período del parto	22
12.3	Atención del expulsivo.....	23
12.4	Atención del Alumbramiento	23
13	ATENCION DEL PUERPERIO	24
13.1	PUERPERIO INMEDIATO	24
13.2	PUERPERIO MEDIATO	24
14	BIBLIOGRAFIA	25

1 INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es una problemática compleja de alto impacto para el desarrollo del país, así como para la vida de las personas que lo experimentan y particularmente para las niñas y adolescentes. El impacto que causa esta problemática se puede evidenciar en diferentes esferas vitales: individual, familiar, social, cultural y económica, esferas que tienen impacto en el desarrollo del país.

Dentro de los embarazos en la adolescencia, son de especial interés los ocurridos en menores de 14 años, el embarazo no planeado y el embarazo producto de violencias sexuales. En menores de catorce años, la detección de un embarazo o cualquier evento obstétrico previo, debe generar para las instituciones competentes del Estado la responsabilidad de emprender acciones sectoriales e intersectoriales para la atención integral y el restablecimiento de derechos de niñas y adolescentes ante un posible delito sexual. Es necesario visualizar que el embarazo en adolescentes entre 14 y 18 años también puede estar asociado con eventos de violencias sexuales u otras violencias basadas en género.

Para el desarrollo de este documento, se adoptan las rutas de atención integral a niñas y adolescentes embarazadas, como los procedimientos y el paso a paso de la atención integral que deben recibir niñas y adolescentes de acuerdo con sus necesidades y condiciones. Es importante aclarar que no existe una única ruta de atención para estos casos, porque las acciones a realizar requieren de un orden diferente de acuerdo a las prioridades, condiciones y particularidades del caso de cada persona y a la oferta institucional del municipio.

2 DEFINICION

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante las cuales se asegura la atención integral a las gestantes menores de 15 años.

3 OBJETIVOS

Generar una ruta de atención para el seguimiento de los embarazos en adolescentes menores de 15 años y lograr que todos/as los/as agentes que estén en contacto con esta población brinde una escucha atenta, respetuosa y libre de prejuicios.

Identificar situaciones que requieren un abordaje integral, donde intervienen las áreas de la salud, educación, desarrollo social y justicia, asumiendo la corresponsabilidad necesaria.

Comentado [eprm1]: Donde intervienen o donde convergen...

Comentado [S2R1]:

- Garantizar una atención holística, oportuna y de calidad a la adolescente durante su proceso de gestación.
- Conocer los pasos y las acciones que dan respuesta a las necesidades en esta etapa del curso de vida y que deben seguir los profesionales de los servicios de salud de la E.S.E. Hospital Pedro León Álvarez Díaz y sus sedes dependientes

Comentado [eprm3]: Y sus sedes dependientes?

4 ALCANCE

Aplica para todas las Gestantes menores de 15 años que sean atendidas en la E.S.E Hospital Pedro León Álvarez Díaz y sus sedes dependientes.

Inicia desde el momento del diagnóstico, continua con las intervenciones necesarias para su atención, y termina el egreso post-parto con la asignación de las citas para el control de RN, Control del Puerperio y posterior ingreso a la ruta de mantenimiento de la salud.

5 DEFINICIONES

5.1 ADOLESCENCIA:

Es un periodo caracterizado por rápidos cambios físicos, cognitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva, la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos. La adolescencia, según la OMS, es el período comprendido entre los 10 y 19 años. La adolescencia, tal como define la OMS, se divide en tres momentos: temprana, desde los 10 hasta los 14 años; media desde los 14 hasta los 17 años; y tardía de 17 a 20 años. La salud del y la adolescente está relacionada con el desarrollo de etapas anteriores y las circunstancias presentes.

Comprende desde los 12 a los 17 años se caracteriza por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales que repercuten de forma importante en el devenir y el futuro de las personas. Es universal en cuanto a los cambios físicos, neurológicos y de características sexuales que se ocasionen, mientras que los procesos psicosociales incluyendo la sexualidad no lo son, debido a la manera como las distintas sociedades y culturas significan y dan sentido a estas

transformaciones biológicas y los resultados potenciales en términos de capacidades que se producen en la adolescencia y los contextos que influyen en su desarrollo (Resolución 3280 de 2018).

5.2 ADOLESCENCIA INICIAL (10 a 13 años):

La persona se ajusta a los cambios puberales, que a su vez marcan el inicio de la etapa. Se comienza a distanciar afectivamente de los padres, siente ambivalencia sobre separarse de ellos, prefiere socializar con los “pares” del mismo sexo; conserva un pensamiento concreto, con planes del futuro muy vagos; inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación y exploración con otros pares del mismo sexo, lo que se ha mal denominado “homosexualidad funcional”, y explora la rigidez o flexibilidad del sistema moral de sus padres. En resumen, se podría afirmar que esta etapa de la adolescencia la marca, más que todo, el crecimiento somático y el crecimiento y desarrollo de los órganos y sistemas a fin de adquirir la capacidad de funcionamiento biológico del cuerpo físicamente adulto. En este momento el embarazo puede ser percibido por las preadolescentes como un medio a través del cual logrará ambas cosas. En lugar de ser el proceso mediante el cual se procrea una nueva vida, la adolescente percibe el embarazo y su resultado como una prolongación de su propio cuerpo y vida. Esta forma de pensar explica su negación, así como su tendencia, a excluir como padre al compañero.

5.3 ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 años):

Hay mayor distanciamiento de los padres y la persona explora diferentes imágenes para expresarse; inicia la actividad sexual con quien se identifica como pareja sexual, explora varios roles de adultos, socializa con pares de diferente sexo, se fascina por la capacidad de pensar diferente, y se centra más en sí mismo. Uno podría afirmar que, durante esta etapa de la adolescencia, el desarrollo se centra más que todo en el progreso del desarrollo cognitivo y emocional. Es decir, se adquiere la capacidad de funcionamiento del cuerpo “imaginario y afectivo”. En esta etapa de la adolescencia el embarazo genera sentimientos encontrados: por una parte, la adolescente tiene fantasías en las cuales logra la felicidad y la alegría gracias a la maternidad, mientras que, por otra parte, desprecia las responsabilidades inherentes al proceso. El genitor de su bebé es percibido como su futuro salvador, una solución para todas sus necesidades y problemas.

5.4 ADOLESCENCIA FINAL (17-19 años):

La persona es ahora independiente e integra imagen corporal a personalidad; sus relaciones, basadas en el cuidado, respeto y la intimidad, son más individuales que con grupos. También ahora se definen planes y metas específicas, se tiene la capacidad de abstraer conceptos y de definir un sistema de valores e ideología. Se podría decir que, durante esta etapa de la

adolescencia, el desarrollo se enfoca hacia la adquisición de la competencia de acción e interacción social. Es decir, se adquiere la capacidad de funcionamiento del cuerpo imaginario en función del poder social". Este es el estadio en el cual debe lograrse la separación e individuación completa de quienes son sus acudientes y ejercen la labor de figuras de autoridad. Lo interesante es que en muchas culturas esto se logra gracias a la maternidad. La joven madre busca atención, apoyo y compromiso por parte de su compañero. En este estadio, la principal preocupación ya es el bienestar de su bebé.

5.5 ABUSO SEXUAL:

Es un hecho constitutivo de delito que tiene lugar cuando sin consentimiento y sin violencia o intimidación se realizan actos que atentan contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona.

5.6 INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE):

Es un derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia. El derecho de las mujeres a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con la información y conocimiento que tenga acerca de las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006.

5.7 EMBARAZO INFANTIL FORZADO:

Son casos de niñas menores de 15 años que quedan embarazadas sin haberlo buscado o deseado y desde el Estado se niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. Pueden ser víctimas de abuso sexual o bien a causa de una relación consensuada en que la niña no conocía las consecuencias o si las conocía, no pudo prevenirlas.

5.8 DETERMINANTES DE LA SALUD:

Son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que a su vez depende de las políticas adoptadas (OMS).

5.9 DERECHOS HUMANOS:

Son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos. Estos derechos rigen la manera en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, al igual que sus relaciones con el Estado y las obligaciones del Estado hacia ellos.

5.10 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

Son derechos humanos y su finalidad es garantizar que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

5.11 REVICTIMIZACIÓN:

Se entiende por re victimización a la repetición de violencias contra quien ha sido previamente víctima de alguna agresión. Son las vivencias de maltrato que sufren las personas menores de edad y sus familias en el curso de intervenciones institucionales después de la denuncia de un abuso sexual y otra manifestación de violencia. Puede suceder cuando ninguna institución se haga cargo de la situación y obliguen a la familia a deambular por una y otra oficina sin brindar soluciones concretas. O bien cuando se multiplican las entrevistas, exámenes periciales, interrogatorios, y pruebas de toda índole, generalmente con falta de profesionalismo de quienes intervienen. Se trata a la persona afectada con “un objeto” y no como sujeto que sufre a raíz del daño vivido.

6 ASPECTOS NORMATIVOS PARA BRINDAR ATENCION EN SALUD A LA ADOLESCENTE GESTANTE

- Declaración Universal de los derechos humanos, 1948.
- Pacto internacional sobre derechos económicos sociales y culturales, 1976.
- Convención sobre los derechos del niño, 1990.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1991.
- Cumbre mundial a favor de la infancia, 1990.
- Conferencia mundial sobre población y desarrollo. El Cairo, 1994.
- Cumbre mundial sobre desarrollo social Copenhague, 1995.
- Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, Beijing, 1995.
- Cumbre mundial de la tierra, Río de Janeiro, 1997.

- Constitución Política de Colombia, 1991, artículos:6,15,16,42,44,45,46,47,48,49,93 y 94.
- Ley 1098 del 2006, por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia (noviembre 8 de 2006).
- Política nacional de salud sexual y reproductiva, Bogotá, Marzo 22, 2003.
- Ley 1122 de 2007.
- Decreto 3039 de 2007.
- Resolución 425 de 2008.
- Decreto 1011 del 2006.
- Sentencias C.1299 de 2005 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, despenalización del aborto.
- Ley 1146 de 2007.
- Ley 1257 de 2008.
- Ley 1438 de 2011
- Resolución 0459 de 2012.
- Sentencias de la Corte Constitucional: T841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009, sentencia T-477/95; sentencia SU 337/99.
- Acuerdos 029 de 2011 y 031 de 2012.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Resolución 1841 de 2013.
- Resolución 3280 de 2018.
- Resolución 3100 de 2019 Habilitación Servicios de Salud.

7 RECURSOS

7.1 TALENTO HUMANO

- Salud: Medico(a) general, Ginecólogo (a), Enfermera (o), Nutricionista, Psicóloga (o), Trabajador Social (a), Odontólogo(a), Pediatra.
- Justicia:
- Protección:

7.2 INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS

- Carné materno con las variables del CLAP.
- Escala de Riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado
- Nomograma de Atalah.
- Historia clínica digital.
- Escala de Edimburgo
- Tamizaje Assist
- Partograma
- Formato control de trabajo de parto
- Formato de registro datos RN
- Formato TSH
- Escala obstétrica de alerta temprana
- Lista de chequeo atención parto seguro
- Certificado de Nacido Vivo
- Formatos de educación “cuidados en puerperio y RN”
- Directorio telefónico del grupo de apoyo
- EPP: Mascarilla facial, respirador N 95, visor, gorro, bata, guantes, polainas.
- Balanza digital
- Tallímetro
- Metro
- Cinta métrica
- Odontología:
- Kit para atención del parto
- Kit de emergencia obstétrica
- Carro de paro
- Bomba de infusión
- Monitor fetal
- Doppler
- Monitor de signos vitales
- Lámpara de calor radiante
- Succionador
- Cama/camilla atención del parto

8 RUTA CRÍTICA PARA LA ATENCION DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

8.1 NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADULTO Y/O DETECCION 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.

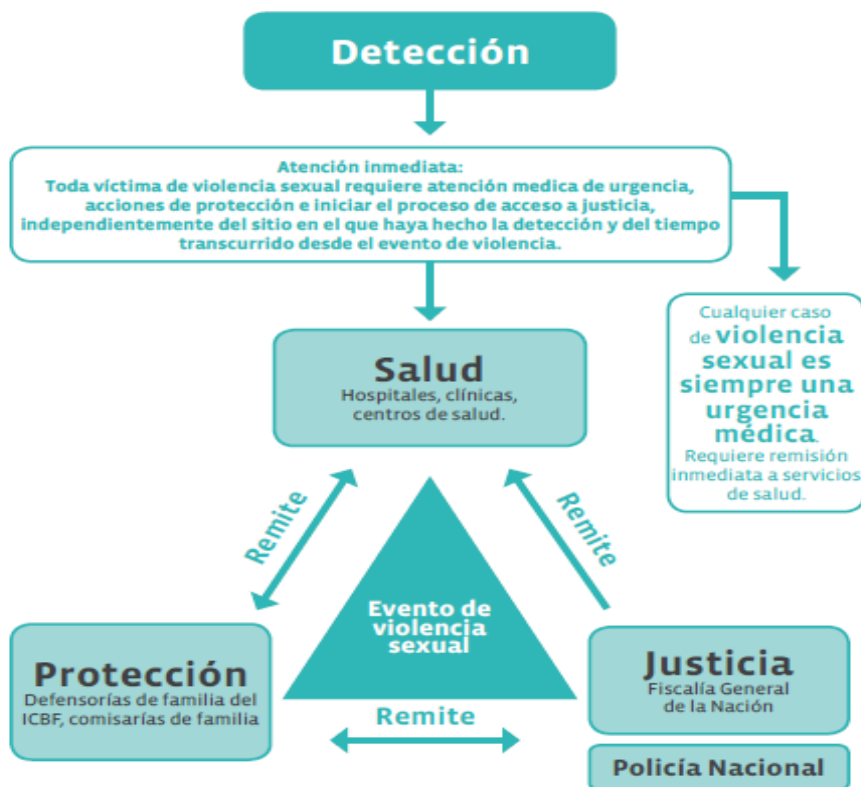
Si el caso lo recibe el sector justicia: fiscalía, Policía Nacional, comisarías de familia, debe activar inmediatamente al sector salud (urgencias), puesto que cualquier caso de violencia sexual es una urgencia médica, y la víctima, independientemente del tiempo transcurrido desde el evento de violencia sexual, requiere y tiene derecho a intervención para el restablecimiento de sus salud física y mental (incluyendo asesoría IVE). De igual forma, por tratarse de una víctima menor de 18 años de edad, el sector justicia activa la ruta de protección, en cabeza del defensor de familia del ICBF para que se dé inicio al proceso de restablecimiento de derechos y se tomen las medidas de protección integral a las que tiene derecho la víctima.

Gráfica 1. Ruta de atención intersectorial para menores de 18 años víctimas de violencia sexual.



8.2 NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADOLESCENTE MAYOR DE 14 AÑOS Y MENOR DE 18 AÑOS

Gráfica 2: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas, víctimas de violencia sexual (cuando el padre es mayor de 14 y menor de 18 años).



Fuente: Construcción a partir de la Resolución 0459 de 2012 -MSPS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

8.3 NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADOLESCENTE MENOR DE 14 AÑOS

Gráfica 3: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas (cuando el padre es menor de 14).



Fuente: Construcción a partir de la Resolución 0459 de 2012 -MSPS. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

9 DIAGNOSTICO

Identificar signos sugestivos del embarazo como:

- Ausencia de la menstruación: recordar que son muy comunes los ciclos menstruales Prolongados (oligomenorrea)
- Fatiga / cansancio
- Aumento de la sensibilidad y tamaño de los senos
- Distensión abdominal
- Nauseas / vómito / mareos
- Cefalea / desmayos
- Aumento de la frecuencia urinaria
- Cambios en el patrón alimenticio
- Cambios en el patrón del sueño
- 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 hecho una historia clínica completa (para esta tarea se debe disponer de suficiente tiempo) 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 especulo copia)
- Cuello reblandecido, aumento del tamaño uterino, presencia de “pulso” en las caras laterales del útero (detectables al tacto vaginal).

El diagnóstico debe confirmarse con:

- Prueba de beta-HCG (gonadotropina coriónica humana) en sangre; se hace confiablemente positiva a los 10–14 días después del último coito sin protección y exige cuidado en su interpretación.

- Ecografía transvaginal (en los embarazos inferiores a la semana diez y muy útil para establecer o confirmar la edad gestacional). Esta ecografía será mandataria en menores de 14 años.

En los embarazos mayores a 10 – 12 semanas:

- Ecografía transabdominal (la cual también hace parte del control de rutina).
- Presencia de la frecuencia cardiaca fetal; auscultación con cualquier dispositivo disponible.
- Identificación de las partes fetales a través de la palpación abdominal, si se tiene la experiencia para hacerlo, hacia la mitad del embarazo.

10 CONSEJERIA SOBRE LAS OPCIONES QUE PUEDE TENER LA ADOLESCENTE FRENTE AL EMBARAZO

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

- Interrumpir voluntariamente el embarazo (Sentencia C 355).
- Llevarlo a término y asumir la maternidad
- Entregar al recién nacido en adopción.

Cualquiera de ellas, o varias de manera concomitante, pueden encontrarse en una adolescente embarazada menor de 15 años.

El embarazo en una mujer menor de 15 años puede implicar riesgos para su salud física y mental. En tal caso y de acuerdo con la Corte Constitucional colombiana, la mujer embarazada tiene derecho al aborto cuando hay peligro para su vida o su salud física o mental, amparada en la causal salud (sentencias T-585/10, T-388/09, C-355/06):

No pueden exigirse a las niñas requisitos adicionales a los contemplados en la sentencia C – 355 de 2006 para acceder a una IVE, a saber: a. certificado médico expedido por médico/a o psicólogo/a para establecer la causal salud; b. certificado médico para establecer la causal malformación fetal incompatible con la vida (sentencias T- 841 de 2011, T – 388/09 y C – 355/06).

Si la adolescente embarazada expresa que desea llevar a término el embarazo, se debe comunicar al ICBF quien debe brindar apoyo psicosocial especializado a la madre y al padre adolescentes para que puedan permanecer con su hijo/hija o para otorgar el consentimiento libre e informado para darlo en adopción (código de Infancia y Adolescencia, artículo 66).

11 CONTROL PRENATAL (CPN)

La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ojalá en el primer trimestre (antes de la semana 10). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las jóvenes inician su CPN de forma tardía debido a diferentes circunstancias:

- 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.
- La periodicidad del CPN debe intensificarse en la adolescente menor de 15 años ya que la evidencia demuestra que generalmente presentan más riesgo.

Atenciones incluidas: intervenciones de acuerdo en lo establecido en la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal:

11.1 PRIMERA CONSULTA PRENATAL:

Duración: 30 minutos

- Profesional de medicina
- Asesorar sobre opciones durante el embarazo
- Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo:
Anamnesis: Antecedentes personales, ginecológicos, obstétricos, familiares, gestación actual, valoración psicosocial.
- Examen físico: Realizar examen físico completo por sistemas, tomar medidas antropométricas, valoración ginecológica, valoración obstétrica.
- Solicitud de exámenes de laboratorio: urocultivo y antibiograma, hemograma y hemoclasificación, glicemia, prueba rápida VIH (asesoría), Prueba treponémica para sífilis, Antígeno de superficie para Hepatitis B. HbsAG, Prueba de IgG para rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16, Prueba de IgM e IgG toxoplasma, avidez si IgG y IgM son positivas si la gestación es menor a 16 semanas, Tamizaje de cáncer de cuello uterino según ruta de mantenimiento de la salud, Ecografía entre las 10s + 6 días y 13 semanas + 6 días.
- Valoración del riesgo materno

- Plan de cuidado: Formulación de micronutrientes (ácido fólico hasta la semana 12, 0,4 mg día. Calcio 1200mg/día a partir de la semana 14. Hierro.
- Vacunación: Toxoide tetánico diftérico (Td), Influenza estacional a partir de la semana 14, Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.
- Información en salud: Servicios de salud a que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad. Promover factores protectores como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física, sueño, fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social. Orientar sobre signos de alarma, de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.
- Indagar sobre alguna barrera lingüística o de acceso que impida a la gestante adherencia a los controles; en caso tal, se deberá indicar la necesidad de casa de paso u hogares maternos o facilitadores interculturales (interpretes).
- Proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos, con albendazol 400 mg dosis única vía oral.

11.2 CONTROL PRENATAL DE SEGUIMIENTO:

Duración: 30 minutos

El control prenatal de la gestante adolescente será realizado por ginecólogo y por medicina general mensualmente teniendo en cuenta que cada valoración se realice cada 15 días, hasta la semana 34. A partir de la semana 35 control semanal con ginecología hasta el parto.

- **Valoración integral del estado de salud de la gestante:** orientada a la identificación de factores protectores o de riesgos biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en la identificación de factores de riesgo para violencia.

Examen físico: completo por sistemas, hacer énfasis en: Tensión arterial, curvas de ganancia de peso, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, situación y presentación fetal a partir de la semana 36.

Solicitud de Exámenes paraclínicos: Urocultivo, Prueba de inmunoglobulina (ir) para toxoplasma, Prueba rápida VIH en cada trimestre y en el momento del parto, Prueba treponémica rápida para sífilis en cada trimestre, en mujeres con sífilis gestacional realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR) reportada en diluciones, realizar en cada trimestre. Ecografía obstétrica entre la semana 18 y 23+6 días, prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos de glucosa, entre la semana 24 a

28, tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal entre la semana 35 a 37.

Aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST para la detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol para la gestante que manifiestan mantener su consumo durante el embarazo y canalizar a la ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

- **Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud:**

Formulación de micronutrientes

Vacunación.

Prescripción de ácido acetil salicílico 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia.

Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS.

Asesoría formal anticonceptiva, incluir el método elegido en la historia clínica y carné perinatal.

Si se identifica pubalgia remitir a terapia física.

Desparasitación antihelmíntica con Albendazol si es necesario.

- **Información en salud:**

Dirigida a la gestante y su acompañante: Anticoncepción y planificación reproductiva, lactancia materna, opciones para el manejo de la gestación prolongada.

- **Establecimiento del plan de parto:**

En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye:

Confirmar presentación fetal

Definir el componente y prestador para la atención del parto.

Activación del sistema de referencia y transporte comunitario en casos de signos de alarma.

Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo del embarazo prolongado.

Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.

Cuidados del recién nacido.

Cuidados postnatales.

- **Valoración del Riesgo Materno:**

En cada consulta de seguimiento y control se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. En caso necesario realizar referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión.

11.3 Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 a 90 minutos cada una divididas así:

- Una sesión antes de la semana 14
- Tres sesiones en el segundo trimestre
- Tres sesiones en el tercer trimestre

Utilizar metodología de dialogo de saberes se realizarán sesiones grupales, con el objeto de compartir conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado de la maternidad y la paternidad, del cuidado (propio y de los otros) y de construir nuevos conocimientos, prácticas y valores, que se traduzcan en compromisos concretos para promover y mantener la salud y la calidad de vida de la mujer gestante y su hijo(a) por nacer.

11.4 Atención en Salud Bucal

Se realizará mínimo dos consultas, con una duración mínima de 30 minutos, en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutive se realizan las derivaciones para la ruta específica para la atención de las alteraciones de la salud bucal.

11.5 Atención para la promoción de la Alimentación y Nutrición

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición.

Duración de la consulta 20 minutos.

11.6 Atención por psicología:

Desde el inicio del control prenatal y continuar de acuerdo con el criterio del profesional.

11.7 Valoración y acompañamiento por Trabajo Social

Desde donde se debe coordinar con el equipo psicosocial del ICBF, un plan de protección.

11.8 Valoración por pediatría:

Al inicio de los controles prenatales y hacia el final del mismo con el propósito de desarrollar temas de puericultura prenatal y postnatal.

11.9 Valoración Pre anestésica:

Debe ser realizada en la institución donde se va a atender el parto.

12 ATENCION DEL PARTO

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 debe responder a condiciones normales, 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 o la intervención del mismo.

Es muy importante durante la atención tener en cuenta las pausas que nos indica la OMS durante la atención:

- Al ingreso
- Inmediatamente antes del expulsivo o cesárea.
- Durante la primera hora post parto/cesárea
- Antes del alta

12.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto:

Realizar historia clínica completa que incluya: anamnesis, examen físico, solicitud de exámenes, valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso, socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación, albergue o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.

Se debe considerar la admisión de la gestante para la atención del parto cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Dinámica uterina regular
- Borramiento cervical > al 50%
- Dilatación de 4 cm

En caso de presentar alguna condición que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

Dado que el diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica se presenta con mayor frecuencia durante este período del parto y que las características anatómicas de estas adolescentes las colocan en mayor riesgo de parto obstruido, se indica la evaluación cuidadosa de la pelvis y de los mecanismos del parto.

12.2 Atención del primer período del parto

La gestante debe estar acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

Ubicarla en un cubículo donde pueda tener mayor privacidad.

Solicitar apoyo psicológico y por trabajo social.

Acompañamiento por el personal del servicio, donde se darán indicaciones única y exclusivamente de la labor del parto.

Administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica que permita en caso necesario la administración de cristaloides a chorro.

Brindar información permanente, a la adolescente y su acompañante sobre la evolución del trabajo de parto y explicar muy bien los procedimientos a los que se someterá la paciente.

Brindar analgesia ya sea farmacológica o no farmacológica.

No realizar intervenciones innecesarias (tactos, amniotomía, klisteler)

Diligenciar el partograma.

Permitir la deambulaci3n y adoptar la posici3n que desee.

Control de signos vitales y actividad uterina cada hora, FCF cada media hora durante un minuto.

En todos los casos trato humanizado.

12.3 Atenci3n del expulsivo

Acompa1amiento por la persona m1s significativa para la gestante.

Contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, as1 como la vigilancia estricta de la fetocardia.

El pujo voluntario solo debe estimularse durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones.

No realizar maniobra de Kristeller, ni episiotom1a en forma rutinaria.

Una vez el nacimiento permitir el contacto piel a piel de la madre con el reci3n nacido.

Realizar pinzamiento del cord3n umbilical de acuerdo a GPC/RIAMP.

12.4 Atenci3n del Alumbramiento

Manejo activo del alumbramiento.

Realizar maniobra de dublin; revisar la placenta tanto por la cara materna como por la cara fetal. Verificar la integridad de las membranas, el aspecto del cord3n umbilical, su inserci3n y el n1mero de vasos.

Si hay duda que el alumbramiento sea incompleto se debe proceder a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

13 ATENCION DEL PUERPERIO

13.1 PUERPERIO INMEDIATO

Primeras dos horas postparto.

Vigilar la hemostasia uterina teniendo en cuenta los siguientes aspectos cada 15 minutos durante las primeras 2 horas: Signos vitales maternos, Globo de seguridad de pinard, sangrado genital, revisar suturas vulvares o el sitio de episiotomía para descartar la formación de hematomas, edema. Diligenciar la escala de alerta temprana.

En caso de presentar hemorragia evaluar capacidad resolutive remitir a nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización e inicio de tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

Si no se presentan alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se instruirá sobre lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

13.2 PUERPERIO MEDIATO

Está comprendido desde las primeras dos horas hasta las 48 horas post parto.

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Administrar analgésicos.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana
- Alimentación adecuada a la madre.
- Realizar tamizaje para depresión postparto aplicando las siguientes preguntas:
“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
“Durante el último mes ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?”

Si responde afirmativamente remitir a Psicología quien debe aplicar la escala de Edimburgo EPDS remisión o seguimiento de acuerdo a lo detectado.

- Evaluar el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos e iniciar medidas de prevención de las complicaciones.
- Completar esquema de Vacunación (TT)
- Asesoría en planificación familiar y suministro de método anticonceptivo elegido previo diligenciamiento de consentimiento informado y registro en historia clínica.
- Alta a las 24 horas post parto y 48 horas post cesárea.
- Brindar información en salud: explicar y entregar folleto educativo sobre cuidados durante el post parto/cesárea y cuidados con el recién nacido.
- Entrega de orden para consulta ambulatoria post parto y del recién nacido la cual debe llevarse a cabo entre 3 y 5 día post parto.

14 BIBLIOGRAFIA

- Resolución 3280 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia.
- Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años. Ministerio de Salud y Protección Social 2014.
- Guía de atención integral de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de la Provincia de Misiones. Unicef. Misiones Provincia. Ministerio de Salud Pública Argentina, 2019.
- Protocolo para la atención del embarazo en adolescentes menores de 15 años de edad. Gobierno de Jujuy, Ministerio de Salud, Unicef 2017.

HOJA CONTROL DE DOCUMENTOS Y CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	REALIZADO POR:
1.0	17-06-2021	Lanzamiento	Jacqueline Ortiz Sierra
2.0	11/11/2025	Actualización: Se ajustan tiempos de duración de las consultas	Diana Carrillo

ELABORÓ	REVISÓ	AVAL TÉCNICO DE NORMALIZACIÓN	APROBÓ:
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
DIANA ALEXANDRA CARRILLO	FREDY RINCON RINCON	JUANA PEREA	HUGO MENDEZ
Cargo/Función: Nutricionista – Referente IAMII	Cargo/Función: Subgerente Científico	Cargo/ Función: Líder de Calidad	Cargo/Función: Gerente
Fecha: 30-10-2025	Fecha:	Fecha	Fecha:
REEMPLAZA VERSIÓN ANTERIOR A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y APROBACIÓN GERENCIAL			