EsSalud
Seguridad Social para todos

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 87 GCPS-ESSALUD-2014

Lima, 24 JUN 2014

Vista;

La Carta N° 393-GPPS-GCPS-ESSALUD-2014 de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud y el Informe Técnico N° 13-GPPS-GCPS-ESSALUD-2014; y

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del articulo 10 de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010 de fecha 20 de agosto 2010, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

Que, la Resolución citada en el párrafo a que antecede a su vez establece, en su articulo 40 inciso d), como función de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la de organizar, conducir y controlar las Redes de Prestaciones de Salud a través de la formulación, implementación y evaluación de normas técnicas y administrativas que cuenten con viabilidad financiera; garantizando una articulación efectiva de dichas Redes prestacionales;

Que, en el literal c) del articulo 25° del referido Reglamento de Organización Y Funciones establece como una de las funciones de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la de dirigir la formulación de los lineamientos para la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales en concordancia con las disposiciones sectoriales, en los aspectos vinculados a la Alimentación .y Nutrición Saludable, Inmunizaciones Y Salud Bucal, así como de las prestaciones primarias en la prevención y control de la Tuberculosis, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, Materno Perinatal, Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, en el marco de la Atención Integral de Salud, en coordinación con la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias;

Oue, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en uso de sus atribuciones a fin de facilitar la gestión y promover el uso de instrumentos que mejoren la gestión de los servicios en concordancia con las disposiciones.

Que en literal b) del articulo 9° de la Ley N° 27056, se establece que le compete al gerente general dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas , lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

EsSalud
Seguridad Social para todos

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° GCPS-ESSALUD-2014

SE RESUELVE:

1. **APROBAR,** la "Directiva N° 04 GCPS-ESSALUD-2014 Versión 2, para la Atención Integral de la Adolescente Gestante en el Seguro Social de Salud- EsSalud", que forma parte de la presente resolución.

2. **ENCARGAR,** a la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, Gerencia de Prestaciones Hospitalarias y Oficina de Apoyo a la Gestión é Información la difusión y aplicación de lo dispuesto en la presente resolución, según sus ámbitos de competencia.

3. **DISPONER,** que los Gerentes y/o Directores de los Órganos Desconcentrados adopten las medidas necesarias que garanticen el cumplimiento de la Directiva aprobada.

4. **DEJAR SIN EFECTO**, la Resolución N° 31 –GCPS-ESSALUD-2014, que aprobó la Directiva precedente para la Atención Integral de Salud de la Adolescente Gestante.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

DRA. ADA PASTOR GOYZUETA
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

DIRECTIVA N°04 GCPS-ESSALUD-2014

DIRECTIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE GESTANTE EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS

LIMA – PERÚ

2014

PRESIDENTE EJECUTIVO
DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRE DE PINILLOS

GERENTE GENERAL
LIC. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES



GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
DRA. ADA PASTOR GOYZUETA



GERENTE DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
DR. LUIS MIGUEL LOPEZ LEON

GERENTE DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
DR. JULIO MEDINA VERASTEGUI

2014

COMITÉ TÉCNICO FORMULADOR DE LA DIRECTIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN EL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ-ESSALUD"

Dra. Claudia Aracelli Urbina Alvarez	Representante de la Red Asistencial Rebagliati en calidad de Presidente de Comité.
Dra. Rita Ada Meza Padilla	Representante de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud en calidad de Miembro y Coordinadora Técnica.
Dra. Carmen Corina Ávila García	Representante de la Red Asistencial Rebagliati en calidad de Miembro.
Dra. Zoila Elizabeth Pacheco Armas	Representante de la Red Asistencial Almenara en calidad de Miembro.
Dra. Ana María Ricalde Casaverde	Representante de la Red Asistencial Sabogal en calidad de Miembro.
Lic. Giovanna Amparo Aybar Hilario	Representante de la Red Asistencial Rebagliati en calidad de Miembro.
Lic. Beatriz Elena Salas Concha	Representante de la Red Asistencial Almenara en calidad de Miembro.
Lic. Mirtha Mariela Valladares Fernández	Representante de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud en calidad de Miembro.
Dra. Bertha Chávez Peralta	Representante de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias en calidad de Miembro.
Lic. Betty Meza Perez	Representante de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud
Lic. Paola Paredes Rojas	Representante de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud
Dra. Luisa Sacieta Carbajo	Representante de la Presidencia Ejecutiva

DIRECTIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE GESTANTE EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD-ESSALUD

1. OBJETIVO..... 06

2. FINALIDAD..... 06

3. BASE LEGAL..... 06

4. AMBITO DE APLICACION..... 08

5. RESPONSABILIDAD..... 08

6 DISPOSICIONES: 08

6.1 DISPOSICIONES GENERALES..... 08

6.2 DISPOSICIONES ESPECIFICAS 09

6.2.1 DE LOS NIVELES DE ATENCION..... 09

6.2.2 DE LA ATENCION DIFERENCIADA DE LA ADOLESCENTE GESTANTE 10

6.2.3 DE LA ATENCION DIFERENCIADA DEL PARTO..... 14

6.2.4 DE LA ATENCION DIFERENCIADA DEL PUERPERIO..... 15

6.2.5 DE LA ATENCION EN ANTICONCEPCION..... 15

6.2.6 DE LA ATENCION DE CASOS DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL..... 16

6.2.7 DE LA ATENCION DIFERENCIADA DEL ABORTO..... 16

6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS..... 17

6.3.1 NOTIFICACION A FISCALIA DE FAMILIA..... 17

6.3.2 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA..... 18

6.3.3 DE LOS RECURSOS:..... 18

6.3.4 INFORMACION Y EDUCACION..... 19

6.3.5 DE LA CAPACITACION DEL PERSONAL..... 20

6.3.6 INDICADORES..... 20

7.-. CONCEPTOS DE REFERENCIA 21

8. ANEXOS..... 24

Subgerencia de Promoción de la Salud V°B° A. SALINAS M. Sub-Gerente ESSALUD

Subgerencia de Promoción de la Salud V°B° LIC. B. MEZA P. Jefe de División GPPS-GCPS-EsSalud

DIRECTIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE GESTANTE EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD- ESSALUD

Según ENDES 2012 en el Perú, 13.2% de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años ya son madres y/o están embarazadas con el primer hijo. La mayor prevalencia de embarazo en adolescentes se presenta en la región de la selva (27,5%), con un importante incremento en la costa norte y Lima Metropolitana, entre las adolescentes en el quintil de pobreza extrema (26.1%), y con menor nivel educativo (34.9%). Lo que se ve reflejado en una deficiente atención de la salud sexual y reproductiva.

Del total de muertes maternas registradas en el año 2012, el 9,6% eran mujeres adolescentes de 12 a 17 años. La hipertensión inducida por el embarazo (41%) y el aborto (29%) son las principales causas directas, representando el suicidio el 56% de las causas indirectas de muerte materna entre las adolescentes, lo cual revela su situación de vulnerabilidad. (Dirección General de Epidemiologia MINSA 2012).

ESSALUD ha ingresado a una etapa donde la atención a la adolescente ya no se limita solo a las patologías propias de su edad. Desde noviembre del 2011, se incorpora en las prestaciones de salud por maternidad y sus diagnósticos relacionados (Resolución N° 034-GCAS- ESSALUD-2011), a las derecho habientes, hijas menores de edad e hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente.

Es necesario destacar las particularidades de la atención a la adolescente gestante y la de su recién nacido. Si bien es cierto se han dado avances en la lucha contra la mortalidad materna, aún las complicaciones y muertes obstétricas en adolescentes sigue siendo un grave problema, más en los lugares donde la pobreza tiene mayor impacto. Riesgo similar se presenta en sus recién nacidos.

La presente directiva Institucional regula la atención integral del embarazo, parto y puerperio, la maternidad y la paternidad responsable en la adolescencia.

En tal sentido, y para cautelar la salud y la integridad de las adolescentes gestantes y la de su recién nacidos, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud de ESSALUD, a través de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud y la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, incorpora en el marco normativo la Directiva para la "Atención Integral de la Adolescente durante el embarazo, parto y puerperio", con la finalidad de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en la adolescente gestante, a través de la estandarización de procedimientos que contribuyan a brindarle una atención integral de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio, tanto a ella como al producto de la concepción y al recién nacido hasta los 42 días de vida.

I. OBJETIVO

Normar la atención integral de la Gestante Adolescente en los Centros Asistenciales de los tres niveles de atención en EsSalud

II. FINALIDAD

Estandarizar los procesos de atención a la adolescente gestante durante el embarazo, parto y puerperio, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, para los centros asistenciales de Salud de los tres niveles de Atención en ESSALUD.

III. BASE LEGAL

1. **Ley N° 26842** – Ley General de Salud
2. **Ley N° 27337** – Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes
3. **Ley N° 29344** - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
4. **Ley N° 28487** - Rango de Ley para el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021.
5. **Ley N° 29600-** Ley que fomenta la reinserción escolar por embarazo
6. **Ley N° 279719** Ley que promueve la convivencia sin violencia en las Instituciones Educativas.
7. **Decreto Supremo 016**-2009-SA, que aprueba el "Plan Esencial de Aseguramiento Universal"
8. **Decreto Supremo N° 004**-2012-MIMP que aprueba el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017 PLANIG
9. **D.S. N° 012** – 2013 – SA. Decreto Supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Nacional.
10. **Decreto supremo N° 002**-2013-ED del reglamento de la Ley N° 29600 - Ley que fomenta la Reinserción Escolar por Embarazo.
11. **Resolución Ministerial N° 668**-2004/MINSA, que aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva"
12. **Resolución Ministerial N° 107**-2005-MINSA, que aprueba el documento técnico "Lineamientos de Política de Salud de las/los Adolescentes"
13. **Resolución Ministerial N° 583**-2005/MINSA, que aprueba los "Protocolos de Consejería para la Atención Integral del Adolescente".
14. **RM N° 536**-2005/MINSA, aprueba la NTS N° 032-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar"
15. **Resolución Ministerial N°638**-2006/MINSA, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V-01:"Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Genero e Interculturalidad en salud".
16. **Resolución Ministerial N°142**-2007/MINSA aprueba el Documento Técnico:"Estándares e Indicadores de calidad en la Atención Materna y

perinatal en los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales".

17. **Resolución Ministerial N°316**-2007/MINSA, aprueba la NTS N°056-MINSA-DGSP-V.01 "Norma Técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias en el Marco del plan de Aseguramiento Universal en salud en los establecimientos del MINSA a nivel nacional".
18. **Resolución Ministerial N°278**-2008/MINSA que aprueba el Documento técnico "Manual de Orientación /consejería en Salud Sexual y reproductiva"
19. **Resolución Ministerial N°193**-2008/MINSA, aprueba "Norma técnica de salud para la implementación del listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal".
20. **Resolución Ministerial N°335**-2008/MINSA, aprueba la NTS N°064-2008-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para la Profilaxis de la transmisión madre niño del VIH y sífilis congénita".
21. **Resolución Ministerial N°164**-2009/MINSA, aprueba la NTS N° 020-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Sanitaria para la implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH en Mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar".
22. **Resolución Ministerial N° 538**-2009/MINSA, que modifican documento aprobado por R.M. 729-2003-SA/DM en la Clasificación de los Grupos Objetivos para los Programas de Atención Integral.
23. **Resolución Ministerial N°207**-2009/MINSA, aprueba el "Plan estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015".
19. **Resolución Ministerial N° 361**-2011/MINSA, aprueba la "Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal".
20. **Resolución Ministerial N° 503**-2012/MINSA, que aprueba la Norma Técnica: "Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes".
21. **Resolución Ministerial N° 973**-2012 /MINSA, que aprueba NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente".
22. **Resolución de Gerencia General N° 665**-GG-ESSALUD -2002 que aprueba la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2002. "Normas para la Hospitalización de pacientes en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud".
23. **Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 073**-GCPS-ESSALUD-2006 que aprueba la "Guía de Práctica clínica para la Atención del Parto Normal".
24. **Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 062**-GCPS-ESSALUD-2010 que aprueba el Plan Nacional de Atención Integral de Salud Mental 2010 – 2015.
25. **Resolución de Gerencia General N° 464**-GG-ESSALUD -2011 que aprueba la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011. "Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud - ESSALUD".

26. **Resolución de Gerencia Central de Aseguramiento N° 034**-GCAS-ESSALUD-2011. Establecen que la cobertura de los derechos habientes hijas menores de edad e hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente para el trabajo afiliado al Seguro Regular y al Seguro de Salud Agrario, comprende las prestaciones de salud por maternidad y sus diagnósticos relacionados.
27. **Resolución de Gerencia General N° 210**-GG-ESSALUD -2012 que aprueba la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2012. "Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencia de ESSALUD".
28. **Resolución de Gerencia General N° 1261**-GG-ESSALUD -2013, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 013 –GG-ESSALUD-2013,"Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en EsSalud"
29. **Resolución Directorial N° 0180- 2008-ED** que aprueba los Lineamientos Educativos y Orientación pedagógica en salud Sexual y Reproductiva
30. Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD -2014 que aprueba el documento técnico "Cartera de Complejidad creciente - Servicios de Atención Primaria de ESSALUD".
31. Plan nacional contra la Violencia hacia la mujer 2009 – 2015.
32. Sentencia Expediente N° 00008-2012-PI/TC del Tribunal Constitucional que declara inconstitucional el inciso 3 del artículo 173° del Código Penal que penalizaba las relaciones sexuales consentidas de los y las adolescentes entre 14 y 18 años de edad.
33. Protocolo sobre violencia en la mujer. MINSA-DGSP, 2006

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación en los establecimientos de salud de las Redes Asistenciales de ESSALUD a nivel nacional.

V. RESPONSABILIDAD

- Gerente de Prestaciones Hospitalarias
- Gerente de Prestaciones Primarias de Salud
- Gerente de Operaciones de Salud
- Gerente de Control de Prestaciones de Salud
- Gerentes / Directores de las Redes Asistenciales
- Directores de los Centros Asistenciales
- Jefes de Departamento y de Servicio
- Coordinador de Atención Primaria de Red Asistencial
- Coordinador/a de Salud Sexual y Reproductiva de la Red

VI. DISPOSICIONES

VI.1 DISPOSICIONES GENERALES

6.1.1 El Gerente de Prestaciones Primarias de Salud y el Gerente de Prestaciones Hospitalarias, son responsables de la implantación

(difusión, coordinación, control y evaluación de la aplicación) del presente documento, así como de su revisión periódica.

6.1.2 El Gerente /Director de la Red Asistencial es responsable de la implementación, supervisión, monitoreo y evaluación de la presente normativa en su área de influencia y/o adaptación local, teniendo en cuenta su realidad socio-cultural.

6.1.3 El Gerente/Director del Centro Asistencial de Salud, es responsable de la ejecución de la presente Directiva.

6.1.4 El Jefe de Departamento ó el Jefe de Servicio de Gineco-Obstetricia ó el/la Coordinador/a de Obstetricia, lideran, coordinan, y aseguran la calidad y oportunidad de la prestación a la adolescente gestante.

6.1.5 El médico Gineco-obstetra, el médico general o la Obstetriz/Obstetra, coordinan con el equipo multidisciplinario en cada establecimiento de salud, la atención integral de la adolescente gestante a fin de facilitar su acceso en forma oportuna, disminuyendo los riesgos de complicaciones por demoras en la atención o en la referencia.

6.1.6 El equipo multidisciplinario, brinda los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a las y los adolescentes de acuerdo a sus competencias.

VI.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.1 DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

En los centros asistenciales a nivel nacional se implementan y/o fortalecen los servicios diferenciados de atención a adolescentes gestantes, progresivamente, según su capacidad resolutiva (anexo 1).

6.2.1.1 Primer Nivel de Atención de Salud

Enfatizar la promoción de la salud, la participación social, la prevención del embarazo, diagnóstico precoz y referencia oportuna de las adolescentes gestantes y/o con patología compleja, al nivel correspondiente (anexo 2A)

6.2.1.2 Segundo Nivel de Atención de Salud

- Conformar un equipo multidisciplinario con competencias y perfil profesional, para brindar atención integral y diferenciada a las adolescentes gestantes de acuerdo a realidad local.
- Se atienden adolescentes gestantes mayores de 15 años, sin complicaciones médicas, obstétricas ni de salud mental.

El equipo debe coordinar con los diversos servicios del establecimiento de salud para asegurar la atención de las necesidades de salud de las adolescentes gestantes, a fin de facilitar su acceso en forma oportuna, disminuyendo los riesgos de complicaciones por demoras en la atención o en la referencia (anexo 2B)

6.2.1.3 Tercer Nivel de Atención de Salud

- Conformar un equipo multidisciplinario integrado por profesionales especialistas en salud de la adolescente: pediatra, gineco-obstetra, psiquiatra, obstetriz/obstetra, enfermera, psicólogo/a, trabajadora social y nutricionista.
- Se atienden adolescentes gestantes de alto riesgo (de 15 años o menos), o gestantes adolescentes con complicaciones medicas, obstétricas o de salud mental.
- El equipo coordinará las acciones con los diferentes departamentos y servicios asistenciales y administrativos y otros actores sociales del ámbito para satisfacer los requerimientos de atención de salud de la gestante adolescente, formando una red interna de soporte o la red de apoyo interinstitucional, según corresponda.

En cada red asistencial el equipo multidisciplinario del Hospital de mayor capacidad resolutiva coordinara actividades de atención con los centros asistenciales (anexo 2B)

6. 2.2 DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA DE LA ADOLESCENTE GESTANTE.

Los establecimientos de salud establecen estrategias para mejorar la atención integral: física, mental y social de la adolescente, durante el embarazo, parto y puerperio; así como la de su recién nacido, promoviendo el involucramiento familiar y la integración a redes de soporte.

6.2.2.1 De la Admisión:

Toda adolescente gestante, derechohabiente acreditada, recibe atención durante el embarazo, parto y puerperio, hasta el momento del alta hospitalaria, o termino del periodo del puerperio 42 días. Así mismo, recibe atención su recién nacido/a. (Establecido en modificatoria de resolución N° 034 –GCAS-EsSALUD 2011).

6.2.2.2 De la Atención Prenatal:

Debe ser:

- Precoz o Temprana: deberá iniciarse siempre que sea posible en el primer trimestre del embarazo antes de las 14 semanas
- Periódico, continuo y accesible: deberán registrarse por lo menos ***seis (6) controles*** durante el embarazo. Un control en el primer trimestre, dos controles en el segundo trimestre y tres controles en el tercer trimestre.
- Completo e integral
- Extenso o universal: El objetivo es llegar al 100% de las Adolescentes gestantes
- Humano: con calidad, calidez, personalizado con enfoque biopsicosocial y trabajo multidisciplinarío.

Las adolescentes gestantes de bajo riesgo deben recibir cuidados prenatales de acuerdo a la cartera de servicios de atención primaria y capacidad resolutiva del centro asistencial (Anexo 4)

Las adolescentes gestantes de 15 años o menos y de alto riesgo obstétrico serán atendidas en el Nivel III, o de acuerdo a la capacidad resolutiva de la red asistencial

De preferencia se iniciara la atención en el consultorio del médico gineco-obstetra, del médico general o de la obstetriz/obstetra. Luego recibirá orientación/consejería por los miembros del equipo multidisciplinario: obstetriz/obstetra, psicólogo/a, enfermera y trabajadora social En la primera consulta médica debe estar acompañada por la pareja, un familiar directo, o una persona de su elección, quienes deben identificarse con su respectivo DNI.

La frecuencia de la atención prenatal se realizara de acuerdo al esquema y/o según indicación médica u obstétrica. En atención a la condición particular de la adolescente gestante, se consigna a continuación el mínimo de atenciones que debe recibir para considerarse controlada, el profesional a cargo y el tiempo que debe durar cada una de ellas.

PROCESOS BÁSICOS PARA LA ATENCION PRENATAL

- Apertura de Historia Clínica Perinatal Base Completa (CLAP), en la primera consulta.
- Llenado del carnet perinatal (CP), identificación de alto riesgo Obstétrico mediante un sello en carnet perinatal.
- Anamnesis y examen físico completo.
- Exámenes de ayuda al diagnóstico
- Detección precoz de cáncer ginecológico
- Consulta o atención prenatal: mínimo seis para adolescentes mayores de 15 años, y mínimo 8 para adolescentes menores de 15 años.
  Tiempo dedicado a la atención: 30 – 45 minutos.
  Personal a cargo: medico gineco-obstetra, médico general, obstetriz/obstetra.
- Atención en salud sexual y reproductiva: sesión por cada atención prenatal. Tiempo dedicado: 30 – 45 minutos
  Personal a cargo: obstetriz/obstetra.
- Psicoprofilaxis obstétrica: seis sesiones de 120 minutos cada una
  Personal a cargo: obstetriz/obstetra
- Estimulación prenatal: seis sesiones de 60 minutos cada una
  Personal a cargo: Obstetriz/obstetra
- Consulta psicológica individual: mínimo tres, de 30 - 45 minutos
  Personal a cargo: psicóloga/o sesión
- Sesión Psicológica grupal: mínimo una de 90 min
  Personal a cargo: psicóloga/o
- Consulta pediátrica: mínimo dos, de 30 minutos
  Personal a cargo: médico pediatra
- Consulta odontológica: mínimo una, de 20 - 30 minutos
  Personal a cargo: odontólogo

- Atención con nutricionista: mínimo dos de 20 - 30 minutos
  Personal a cargo: nutricionista
- Atención con enfermera/o: mínimo una de 30 minutos
  Personal a cargo: enfermera
- Atención con trabajadora social: mínimo tres, de 20 - 30 minutos.
  Personal a cargo: trabajadora social
- Orientación legal: mínimo una, de 30 minutos
  Personal a cargo: abogado

En caso no hubiera alguno de los profesionales antes citados, asumirá la atención otro miembro del equipo multidisciplinario, que tenga las competencias que el caso requiera.

- El Plan de parto, estrategia que establece una interrelación entre los niveles de atención de la adolescente gestante se debe establecer desde el inicio del control prenatal. Incluye:
  1. Identificación de problemas
  2. Toma de decisiones
  3. Búsqueda de atención
  4. Calidad de la atención

  La elaboración del Plan de parto comprende tres entrevistas:
  Primera entrevista. Se realiza en el centro asistencial. Se elabora la ficha de plan de parto, entregándole una copia a la adolescente gestante para la socialización con su pareja y/o familia para decidir las opciones concernientes a la atención del parto; fijar la fecha para la segunda entrevista, que se realiza en el domicilio. La entrevista la realiza la obstetriz/obstetra

  Se debe registrar nombre, grado de parentesco, dirección (consignando referencias para el acceso) y teléfono de la persona elegida por la adolescente para que la acompañe en el momento del parto o de emergencia.

  Segunda entrevista. Se realiza *en el domicilio* de la adolescente gestante con la presencia del agente comunitario de salud (previo consentimiento de la adolescente), para asegurar el apoyo en caso de ser necesario para el traslado por una emergencia y/o atención del parto institucional.
  La entrevista la realiza la obstetriz/obstetra y/o la trabajadora social

  Tercera entrevista: previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencial, se realizara *en la institución educativa*, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de situación de emergencia y/o atención del parto y para garantizar la reinserción escolar después del mismo.
  La entrevista la realiza la obstetriz/obstetra y/o la trabajadora social

- El equipo multidisciplinario discutirá los casos problemas luego de la atención diferenciada, para su intervención.

6.2.2.3 De la hospitalización:

Para la admisión hospitalaria deberá estar presente la pareja, el padre o la madre, para el consentimiento y tramites respectivos.

Los criterios a considerar para la hospitalización son:

- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes
- Violencia (según gravedad).
- Trabajo de parto.
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco obstetra, el médico general o la obstetriz/obstetra (Anexo 3)

6.2.2.4 De la evaluación e intervención psicológica:

- Durante la atención del embarazo, toda adolescente gestante, debe recibir evaluación psicológica precoz para detectar, diagnosticar y tratar depresión y conductas de riesgos asociadas a la gestación.
- Realizar mínimo 2 atenciones de evaluación psicológica durante la atención pre-natal y 1 atención en el puerperio.
- En la hospitalización se debe evaluar el estado emocional y proyecto de vida y realizar un informe psicológico el cual queda en la historia clínica de la paciente.
- En el puerperio se intervendrá en casos de depresión postparto, dificultad en la adaptación en el nuevo rol y el soporte familiar y/o pareja.
- Realizar el seguimiento e intervención en los casos de tamizajes positivos a depresión postparto identificados, a la sexta semana y octava semana postparto (Psicoterapia individual).

6.2.2.5 De la evaluación social

- Realizar la entrevista con la adolescente, pareja y/o familia, para evaluación familiar y escolar.
- Aplicar ficha de evaluación socio económica
- Asesoramiento y apoyo en aspectos legales y sociales:
  - Leyes de educación, filiación, pensión de alimentos, leyes laborales, de violencia sexual, de violencia intrafamiliar, etc.
  - Orientación sobre el proceso de adopción (si así se decide)
  - Derechos del recién nacido y sus padres.
  - Proceso de identificación civil del recién nacido.
- En caso de gestantes menores de 14 años notificación a la Fiscalía.
- En el momento del alta, redactar el acta de entrega de la adolescente y recién nacido a sus padres.

6.2.2.6 De la evaluación de alimentación y nutrición

Evaluar el estado nutricional de la adolescente gestante para promover la alimentación balanceada y variada y disminuir los riesgos maternos perinatales.

6.2.2.7 De la consulta odonto-estomatológica:
Realizar la evaluación, diagnostico y tratamiento Odonto estomatológico, según lo establecido en la normatividad vigente.

6.2.2.8 De la preparación para el parto (Psicoprofilaxis obstétrica)

- Implementar sesiones diferenciadas para las adolescentes gestantes a fin de contribuir al logro de una maternidad segura, mediante la práctica de conducta de auto cuidado en el periodo prenatal, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, promoviendo la participación activa de la pareja y/o familia.
- Conformar grupos integrados por 6 adolescentes embarazadas como mínimo y 12 como máximo, qué partiendo de una situación en común permitan compartir conocimientos y vivencias que contribuyan a la reflexión y análisis, orientado hacia nuevos estilos y proyectos de vida.
- Realizar un abordaje individual durante el desarrollo de cada sesión, teniendo en cuenta que esta es una época de inestabilidad emocional y estrés para la gestante adolescente, debido a las circunstancias en las que se ha dado el embarazo, lo que genera condiciones que crean inseguridad y aparecen dudas sobre la realidad del embarazo o sobre si éste llegará a término o no.
- El contenido de las sesiones para gestantes adolescentes además de los temas educativos establecidos debe incluir: autoestima, toma de decisiones, proyecto de vida, ITS, VIH-SIDA: transmisión y prevención, plan de parto, maternidad/ paternidad responsables y metodología anticonceptiva.
- El equipo multidisciplinario debe participar de acuerdo a su competencia en el desarrollo del componente educativo y según la disponibilidad en cada establecimiento de salud.

6.2.2.9 ESTIMULACION PRENATAL

- Técnica grupal de enseñanza que utiliza un conjunto de procedimientos organizados para la estimulación de los sensorios que permitan potenciar los sentidos a nivel intrauterina, optimizando el desarrollo físico, mental, sensorial y social del ser humano; estas dependerán de la etapa de maduración en la que se encuentre el producto de la concepción. Se describen en técnicas táctiles, auditivas, motoras y visuales.
- Técnicas realizadas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y la comunidad. La edad gestacional ideal para iniciarla es al primer contacto.
  Conformar grupos integrados por 6 adolescentes embarazadas como mínimo y 12 como máximo, qué partiendo de una situación en común permita compartir conocimientos y vivencias que contribuyan a la reflexión y análisis, orientado hacia nuevos estilos y proyectos de vida.
  Según Resolución Ministerial N° 361-2011/MINSA que aprueba la "Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal" son 06 sesiones de estimulación prenatal
- Realizar un abordaje individual durante el desarrollo de cada sesión, favoreciendo el fortalecimiento del vínculo madre-niño-papá/familia y comunidad.

6.2.3 DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA DEL PARTO

- Garantizar la atención calificada e integral de la madre adolescente y de su recién nacida/o con enfoque biológico, psicológico, social y cultural.

- Toda adolescente en trabajo de parto se asiste en un servicio preparado para resolver emergencias obstétricas, con un equipo de salud sensibilizado y con experiencia; garantizando el acceso al banco de sangre segura y manejo quirúrgico de las complicaciones (Niveles II- III).

- Garantizar el acompañamiento de la pareja, el familiar o la persona designada por la adolescente, para brindar apoyo emocional durante el parto, la misma que debe haber participado en las sesiones de preparación para el parto.

- Realizar el clampaje oportuno del cordón umbilical (hasta 3 minutos post parto) y la identificación dactilar de la madre y pelmatoscopica del recién nacido en la Historia Clínica materna y el certificado de nacimiento.

- Fomentar el vínculo afectivo madre - recién nacido, para garantizar el contacto precoz, piel con piel en la primera hora del nacimiento (OMS / Enfoque de humanización en la Atención) y lactancia materna precoz.

- Disponer de analgesia de parto cuando lo requiera.

6.2.4 DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA DEL PUERPERIO

- Promover el vínculo precoz entre la madre, recién nacido, padre y familia, a través del alojamiento conjunto.
- Realizar la detección oportuna de signos de alarma o posibles complicaciones en la madre adolescente y/o en el recién nacido.
- Enfatizar la educación en el posparto inmediato sobre:
  - Cuidados personales (actividad física, higiene corporal en especial manos, mamas y episiotomía si fue realizada).
  - Alimentación y nutrición.
  - Lactancia materna exclusiva.
  - Paternidad /maternidad responsables.
  - Anticoncepción
  - Promoción del desarrollo integral del recién nacido y esquema de vacunación.
- Durante la estancia hospitalaria se aplicara la ficha de tamizaje de depresión postparto por el psicólogo o profesional de salud capacitado.
- Las adolescentes puérperas reciben dos controles en el Hospital que atendió el parto para garantizar la atención integral de la madre y el recién nacido. El primer control será a los 7 días del alta (la cita se otorgará al dar el alta).
- Criterios de alta: las medidas generales, terapéuticas, efectos adversos secundarios al tratamiento, signos de alarma a ser

considerados, serán los mismos que se toman en cuenta para la atención del parto en general.

- Consignar en la historia clínica el informe médico, psicológico, social y acta de entrega de la menor (Anexo 3).

6.2.5 DE LA ATENCIÓN EN ANTICONCEPCION

- La anticoncepción en la adolescencia debe favorecer la toma de decisiones informada frente a un embarazo posterior.
- Brindar orientación y consejería en anticoncepción y realizar seguimiento continuo para evitar el embarazo subsecuente, fomentando la doble protección (ITS, VIH/SIDA - anticoncepción).
- Las adolescentes deben acceder a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva previo consentimiento informado (Anexo 10).
- Para el suministro de métodos anticonceptivos temporales a las/los adolescentes, considerar las siguientes situaciones:
  - Presentar riesgo de embarazo no deseado.
  - Presentar riesgo de contraer una ITS o VIH/SIDA.
  - Ser sexualmente activa o activo.
  - Antecedente de embarazo.
  - Haber sido víctima de violencia sexual.
- Verificar los criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos (OMS) y facilitar el proceso de reflexión sobre las características de los métodos y las características personales de su vida y la de su pareja.

6.2.6 DE LA ATENCIÓN DE CASOS DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES

- Considerar en la evaluación y valoración clínica del daño los enfoques: de derecho, desarrollo, género, psicosocial e intercultural en los que una experiencia traumática de esta índole, puede producir un daño psíquico.
- Brindar apoyo emocional e informar a la usuaria la importancia de cada paso de la atención respetando su decisión.
- Comunicar a la Fiscalía de Familia de turno en cuanto se presuma el hecho. En caso de omitirse esta información el establecimiento de salud y el profesional pueden ser pasible de sanciones administrativas determinadas por las autoridades.
- Del procedimiento a seguir en el Centro Asistencial:

1. Entrevista y registro detallado en la historia clínica realizados por el médico.
2. Examen físico completo y exhaustivo, en presencia de un familiar previamente identificado y personal de salud.
3. Realizar toma de muestras para los exámenes de laboratorio.
4. Brindar consejería: Sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE) e informar sobre la posibilidad de embarazo y la pertinencia del uso de la AOE dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento.
5. Prescribir el AOE previo consentimiento informado y decisión de la usuaria y familiar responsable.
6. Informar sobre la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual y la importancia y riesgos de la profilaxis de

VIH-SIDA, indicar y aplicar tratamiento profiláctico para ITS y VIH.

7. Solicitar evaluación del caso a Servicio Social para orientar y apoyar en el trámite legal.
8. Solicitar evaluación psicológica para la intervención respectiva.
9. Realizar el seguimiento de la/el adolescente para precisar su evolución y culminar su tratamiento integral.

Las actividades 4, 5, y 6 serán realizadas por el médico Gineco-obstetra u Obstetriz/Obstetra

6.2.7 DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA DE LA ADOLESCENTE CON ABORTO

- Garantizar la atención diferenciada de la adolescente con aborto espontaneo.
- El consentimiento informado sobre el tratamiento será firmado por la paciente y uno de sus padres o tutores.
- El procedimiento deberá ser realizado por un médico gineco-obstetra con experiencia y habilidad en el procedimiento.
- Garantizar la atención psicológica durante su estancia hospitalaria, para brindar apoyo emocional a la paciente, pareja y familiares.
- Brindar consejería en salud sexual y reproductiva a la adolescente, a la pareja y/o familiar responsable durante su hospitalización.
- Solicitar evaluación del caso a Servicio Social para orientar y apoyar en el trámite legal.
- Si la paciente no presenta complicaciones, el alta será a partir de las 24 horas de la intervención quirúrgica, según criterio médico y para el cumplimiento del trámite legal (Fiscalía).
- Realizar el seguimiento y control al alta en la atención ambulatoria.

VI.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

6.3.1 NOTIFICACIÓN A FISCALÍA DE FAMILIA

- En cumplimiento con la legislación vigente, el personal médico deberá reportar de inmediato a la Fiscalía de Familia el ingreso de una adolescente embarazada menor de 14 años y/o con el diagnostico de aborto, abuso sexual, violencia física y sexual. En caso de omitirse esta información el establecimiento de salud puede ser pasible de sanciones administrativas determinadas por las autoridades.
- En la historia clínica de toda adolescente gestante o madre, debe haber los siguientes documentos: (anexos 6,7,8 y 9).
  - Acta de la Fiscalía de Familia (en menores de 14 años)
  - Acta de entrega de la menor a sus padres o tutores.
  - Informe médico de alta
  - Informe psicológico
  - Informe social

6.3.2. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Para asegurar la continuidad de la atención de las y los adolescentes, las redes asistenciales están articuladas por el sistema de referencia y contra referencia.

6.3.2.1 De la referencia ambulatoria

- Registrar en la ficha de referencia los datos completos de la adolescente y motivo de la referencia; se debe incluir medicación recibida, así como copia de los exámenes auxiliares practicados.
- Toda adolescente gestante con diagnostico confirmado en el primer nivel, debe ser referida al II o III Nivel.
- Solicitar que los padres acompañen durante la referencia a la adolescente, con documento de identidad.
- La unidad de referencia debe garantizar la oportunidad de la referencia para disminuir el riesgo de complicaciones por el tiempo de espera.

6.3.2.2 De la referencia de la adolescente gestante y recién nacido en estado crítico:

- Coordinar con el centro asistencial de referencia, y con el sistema de ambulancia.
- Contar con protocolos para estabilización de la adolescente gestante y del recién nacido de alto riesgo.
- Solicitar que los padres y/o la pareja o familiar responsable la acompañen durante el traslado.

6.3.2.3 De la Contrarreferencia

- Se realizará cuando la condición de salud de la adolescente lo permita.
- Los Niveles de Atención II y III deben enviar la contrarreferencia respectiva al centro asistencial de origen y estas deben aparecer en la historia clínica.
- Informar a los padres y/o pareja que la condición de la adolescente amerita el retorno a su centro asistencial de origen.
- Establecer una comunicación entre el personal de ambos centros asistenciales, según la condición del adolescente.
- La adolescente debe llevar los registros que incluyan recomendaciones terapéuticas, anticoncepción, signos de alarma, cuidados personales y del recién nacido.

6.3.3 DE LOS RECURSOS

6.3.3.1 De los recursos humanos

- El equipo multidisciplinario debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permitan establecer una relación empática con las adolescentes

gestantes, la pareja y su familia, propiciando un ambiente de respeto, confianza y seguridad.

- La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del centro asistencial y los recursos existentes.

  - **Nivel I:**
    Médico gineco-obstetra, pediatra, medico general, obstetriz/obstetra, psicólogo, odontologo, enfermera, trabajadora social, nutricionista.
  - **Nivel II;**
    Medico gineco obstetra, pediatra, psicólogo, obstetriz, odontólogo, enfermera, trabajadora social, nutricionista.
  - **Nivel III:**
    Integrado por profesionales capacitados en la atención de la adolescente gestante: médico pediatra, medico gineco-obstetra, médico psiquiatra, psicólogo, obstetriz/obstetra, odontólogo, trabajadora social y nutricionista. De ser necesario podrá acceder a otras especialidades a través de interconsulta.





6.3.3.2 De la infraestructura

- Los ambientes para la atención diferenciada deben contar con condiciones que garanticen la confidencialidad y privacidad en la atención.

  - **Nivel I: Servicio con horario diferenciado:**

    Disponer de los ambientes para la atención, por equipo multidisciplinario, con la asignación de programación horaria mensual de acuerdo a la demanda.

  - **Nivel II: Servicio con ambientes exclusivos:**

    Disponer de ambientes exclusivos para la atención integral del adolescente por el equipo multidisciplinario, con la asignación de programación horaria mensual de acuerdo a la demanda.

  - **Nivel III: Servicio diferenciado especializado:**

    Disponer de ambientes exclusivos para la atención integral del adolescente, ambulatoria y hospitalaria.

6.3.3.3 Del Equipamiento

Los establecimientos de salud según el nivel de complejidad deben disponer de equipos, materiales e insumos básicos e indispensables para ofrecer atención integral de salud de calidad a las y los adolescentes (Anexo 14).

6.3.4 DE LA INFORMACION Y EDUCACION

Los/las coordinadores/a del equipo multidisciplinario, son los responsables de implantar las actividades de información, educación y

consejería (IEC), promoviendo el auto cuidado de la salud de la y el adolescente con participación de la pareja, la familia, la escuela y la comunidad. Los profesionales de salud participaran en las actividades dirigidas a los adolescentes de acuerdo a sus competencias.

6.3.5 DE LA CAPACITACION PARA EL PERSONAL DE SALUD

- Conformar a nivel nacional, regional y local una red de facilitadores integrada por un equipo multidisciplinario de salud
- Fortalecer capacidades del profesional de salud y otros como facilitadores en temas de salud integral del adolescente, mediante capacitaciones periódicas y continuas, en salud sexual, salud reproductiva, ITS, VIH/SIDA, violencia, derechos de los y las adolescentes, entre otros. Mínimo 20 horas anuales.
- En las redes asistenciales se debe promover la investigación en temas de salud integral de la y el adolescente.

6.3.6 INDICADORES

- **De Estructura**
  - Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con unidades diferenciadas para gestantes adolescentes
- **De Proceso**
  - Porcentaje de adolescentes gestantes atendidas en el primer trimestre de la gestación.
  - Porcentaje de adolescentes gestantes con atención prenatal completa.
  - Porcentaje de partos institucionales en adolescentes
  - Porcentaje de adolescentes gestantes con preparación diferenciada en psicoprofilaxis obstétrica.
  - Porcentaje de adolescentes gestantes con preparación diferenciada en estimulación prenatal.
  - Porcentaje de madres adolescentes tamizadas para la detección de depresión postparto
  - Porcentaje de madres adolescentes con consejería en anticoncepción.
  - Porcentaje de adolescentes con consejería para prevención de ITS - VIH/SIDA
- **De Resultado**:
  - Porcentaje de adolescentes atendidas por embarazo.
  - Porcentaje de embarazo adolescente
  - Prevalencia de depresión postparto
  - Cobertura de uso de métodos anticonceptivos
  - Prevalencia de anemia en adolescentes gestantes
  - Porcentaje de abortos en adolescentes
  - Porcentaje de adolescente gestantes víctimas de violencia sexual
  - Prevalencia de serología sifilítica positiva en el embarazo
  - Prevalencia de VIH en adolescente gestantes
- **De Impacto:**

- Tasa de prevalencia de bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes
- Tasa de mortalidad perinatal en hijos de madres adolescentes
- Tasa de mortalidad materna de adolescentes

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

Abuso sexual
Consiste en involucrar a las /los adolescentes en actividades sexuales para satisfacción de las necesidades de otros, lo que ocasiona lesiones psicológicas y/o físicas de distinta gravedad en las victimas, que no son capaces de comprender ni de prestar consentimiento o que violan las normas sociales de los roles familiares. No siempre es violación, puede no dejar lesiones físicas, implica diversas formas de acercamientos sexuales inadecuados

Adolescencia.
Etapa de la vida donde los seres humanos experimentan un rápido crecimiento y maduración de su cuerpo, maduran también sus emociones y manera de pensar. También cambian sus relaciones con los amigos y su familia. La adolescencia inicia a los 10 años y termina a los 19. Su inicio esta marcado por la pubertad o comienzo del desarrollo biológico y finaliza en la capacidad de independencia económica y social que se logra adquirir.

Autoestima
Confianza y respeto que la adolescente gestante siente por ella misma, y está estrechamente relacionada con sus vivencias familiares y la influencia del medio que la rodea. Una gestante adolescente que se siente bien consigo misma y con su sexualidad, es más probable que actúe de manera natural, espontánea sin temores ni sentimientos de culpa o vergüenza. También sus decisiones tenderán a ser responsables, bien pensadas y reflexionadas

Depresión Post Parto
La Depresión Post Parto es un problema de salud pública, produce deterioro importante en la calidad de vida de la madre y tiene un impacto negativo en la relación madre-hijo.
La Depresión Post Parto (DPP) es una forma de depresión que la madre puede presentar después del nacimiento de su hijo. Esta condición comienza dentro de las primeras 4 semanas del puerperio con un rango de inicio de hasta 3 meses post parto. Las manifestaciones clínicas son de una depresión clásica y su duración promedio es de 2 a 6 meses.

Doble protección
La doble protección es una forma de prevenir un embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Embarazo en adolescente
Es aquel embarazo que se produce en mujeres menores de 18 años, involucra a la madre, su bebe, pareja, familia y entorno.

- Embarazo en la adolescencia temprana, es aquel que ocurre en menores de 15 años.

- Embarazo en la adolescencia tardía, es aquel que ocurre en las adolescentes de 15 años a 17 años 11 meses 29 días.

Gestante adolescente de Bajo Riesgo

- Edad entre 16 y menores de18 años.
- Pareja y/o familia que apoya.
- Escolaridad acorde con la edad.
- Buena aceptación de su embarazo.
- Sin patología preexistente y/o concomitante médica u obstétrica.
- Buen estado nutricional, anemia ausente.

Gestante adolescente de Alto Riesgo

- Edad menor de 16 años.
- Sin apoyo de pareja y/o familia.
- Bajo/muy bajo nivel de educación y socioeconómico.
- Embarazo no aceptado.
- Con alguna patología asociada.
- Mal estado nutricional, anemia.
- Embarazo producto de abuso sexual o violación.
- Estatura < de 1.50 m.
- Consumo de tabaco, alcohol y/o drogas.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Malos resultados obstétricos previos o de aborto

Gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica diferenciada
Gestante que ha recibido 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo.

Gestante preparada en estimulación prenatal diferenciada
Gestante que ha recibido 6 sesiones de Estimulación Prenatal durante el embarazo.

Información a las adolescentes gestantes.
Actividades de IEC realizadas con la finalidad que las y los adolescentes estén informados de que hacer y donde acudir cuando necesite consejería sobre su sexualidad, sospecha de embarazo o en el caso que esté gestando

Orientación/consejería sobre anticoncepción
Está destinada a todos/as los y las adolescentes con el objetivo de apoyar la toma de decisiones sobre el método anticonceptivo más apropiado para él o ella y su pareja, verificando los criterios médicos de elegibilidad y facilitando el proceso de reflexión sobre las características de los métodos y las características personales de su vida y de su pareja.

Prevención de embarazo no planificado
Hacer accesibles a los y las adolescentes, los servicios que ayuden a incrementar conocimientos y generar actitudes para una sexualidad responsable, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y garantizar el acceso a métodos de planificación familiar.

Proyecto de vida
Se define como el resultado nunca acabado de un proceso construido y realizado por la o el adolescente que utiliza oportunamente las experiencias

anteriores, sus posibilidades y las alternativas concretas que le ofrece el ambiente en cierta etapa de su vida

Redes de soporte
Relaciones y vínculos sociales entre las personas e instituciones que pueden facilitar el acceso o movilización del *soporte social* para apoyar y contribuir a la creación de un entorno favorable para el fortalecimiento de la autoestima, empoderamiento, y desarrollo integral de la adolescente gestante

Situación de abandono
Adolescentes que hasta los 18 años, sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales.

Soporte psicológico
Es la orientación y apoyo que se ofrece a la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio para contribuir a la solución de su condición emocional y problemas de pareja, problemas de la familia y el entorno. Se realiza a través de los proveedores de salud, las redes de soporte de la comunidad y las organizaciones de adolescentes.

Tamizaje de depresión post parto
Es la aplicación de la ficha de tamizaje para la detección de síntomas depresivos en la adolescente que hayan dado a luz recientemente a través de la escala de Depresión Post parto de Edimburgo autoaplicable; válida hasta 2 meses después del parto.

Violación o asalto sexual
Es un hecho único, violento e inesperado, se define como un acceso carnal (penetración por vagina, ano o boca),que es mediado por la fuerza o amenazas, por lo general deja lesiones físicas y puede poner en peligro la vida de la víctima, la violación es siempre un abuso sexual.

Violencia basada en género
Todo acto de índole sexual propiciado por un adulto o adolescente mayor, para su satisfacción sexual sin consentimiento. Puede consistir en actos con contacto físico (tocamiento, frotamiento, besos íntimos, coito interfemoral, actos de penetración con el órgano sexual o con las manos, dedos, objetos) o sin contacto físico (exhibicionismo, actos compelidos a realizar en el cuerpo del abusador o de tercera persona, imponer la presencia en situaciones en que el niño o niña se baña o utiliza los servicios higiénicos, entre otros), como también la explotación sexual y pornografía. Tratándose de niños, niñas y adolescentes, no se considera necesario que media la violencia o la amenaza grave para considerarse violencia o abuso sexual.

Vulnerabilidad
Condición que aumentan la susceptibilidad de las adolescentes gestantes al no haber respeto a sus derechos básicos

8. ANEXOS

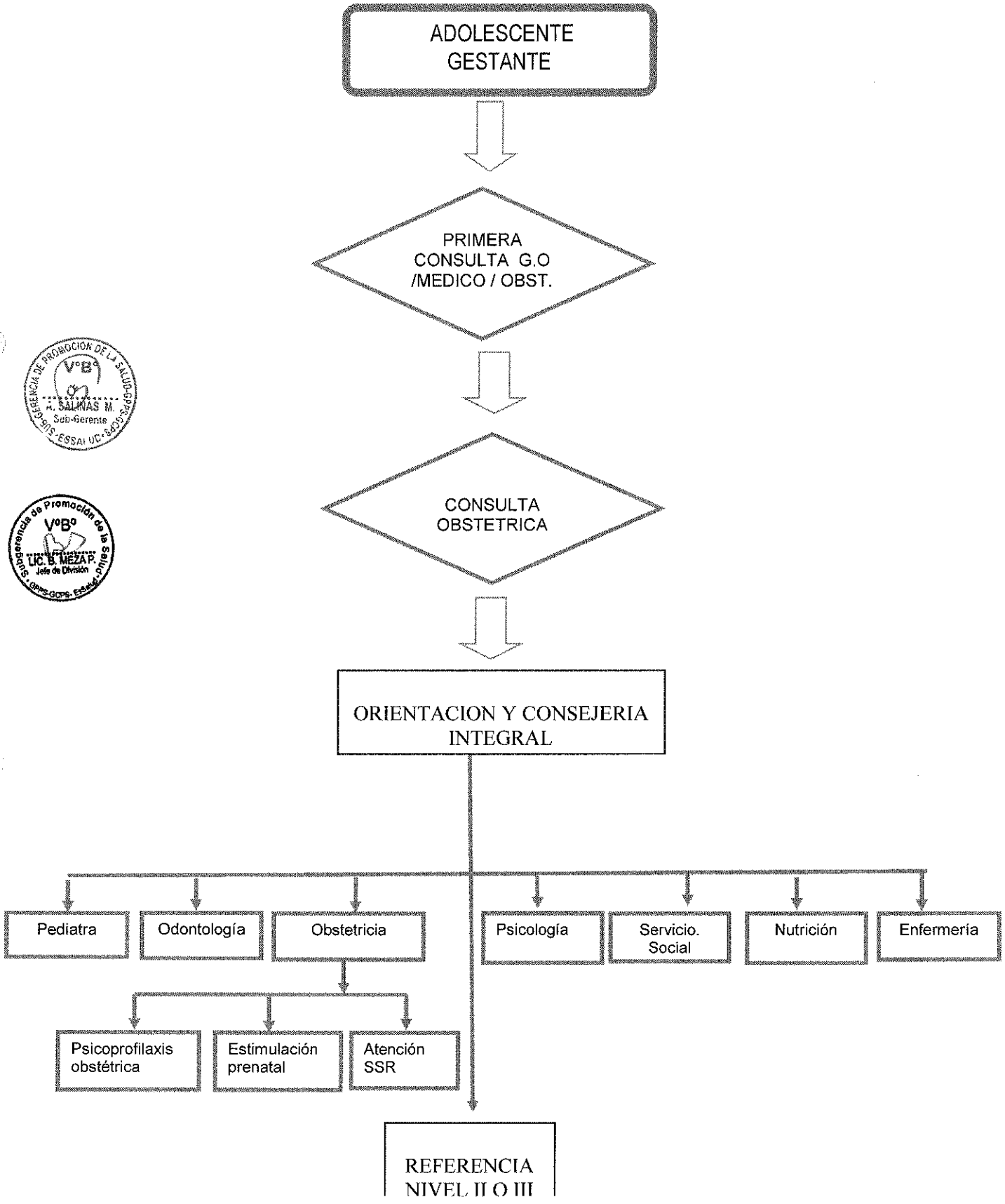
ANEXO 1

NIVELES DE ATENCION Y SERVICIOS PARA ADOLESCENTES

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
Servicio con horario diferenciado	**Servicio con ambiente exclusivo**	**Servicio diferenciado especializado**
Captación precoz y oportuna de la gestante adolescente y su pareja, prestaciones de salud determinadas por la cartera de servicios de AP y referencia al nivel correspondiente.	Atención de las gestantes adolescentes de bajo riesgo de acuerdo a su capacidad resolutiva, prestaciones de salud determinadas por la cartera de servicios de AP.	Consulta especializada, atención de emergencia y hospitalización diferenciada. Atención de patología de este nivel a adolescente gestante de alto riesgo. Realiza investigación y docencia en salud del adolescente

ANEXO 2A

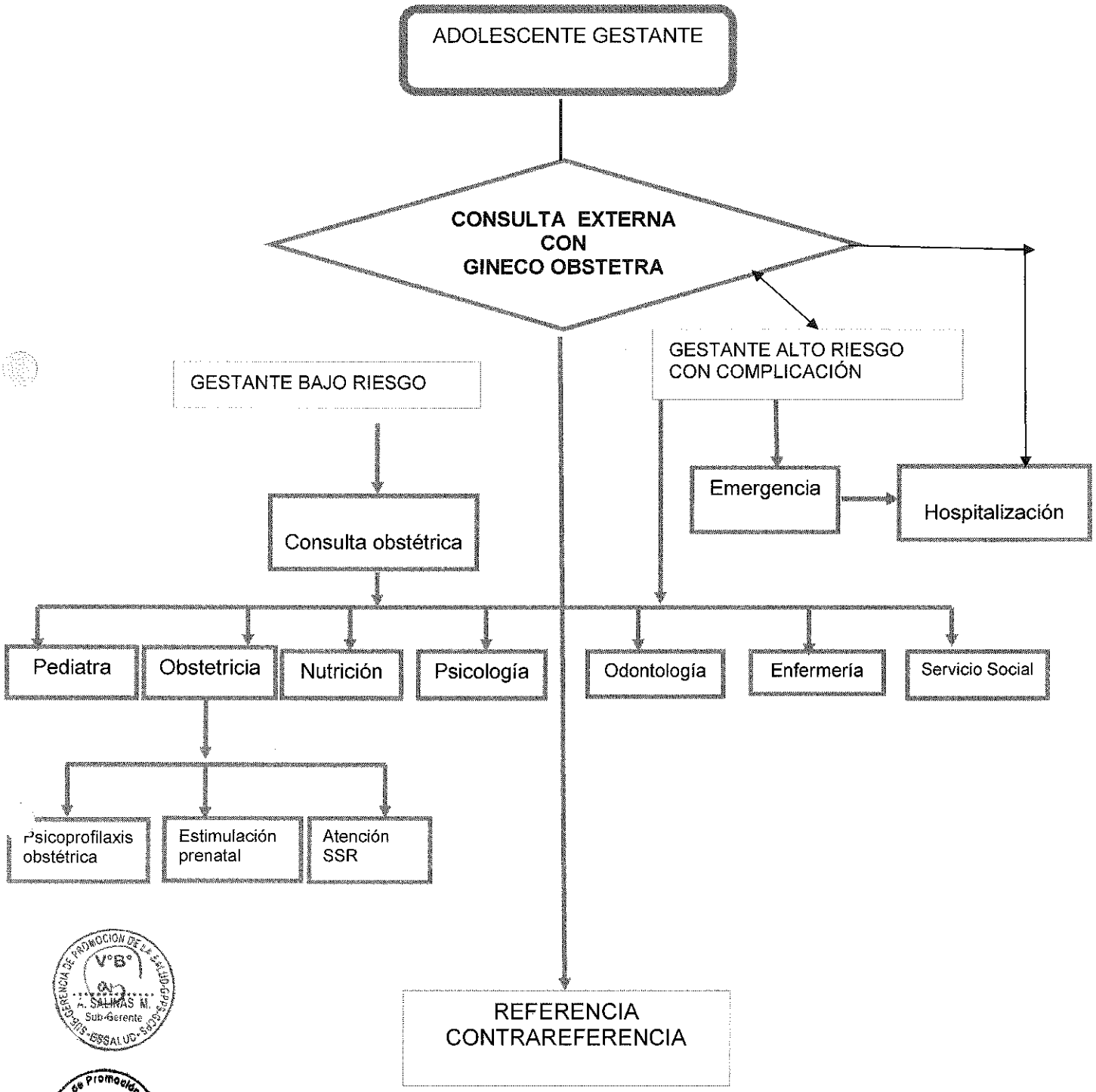
FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA ADOLESCENTE GESTANTE
I NIVEL DE ATENCION



V°B° A. SALINAS M. Sub-Gerente ESSALUD
V°B° LIC. B. MEZA P. Jefe de División

ANEXO 2 B

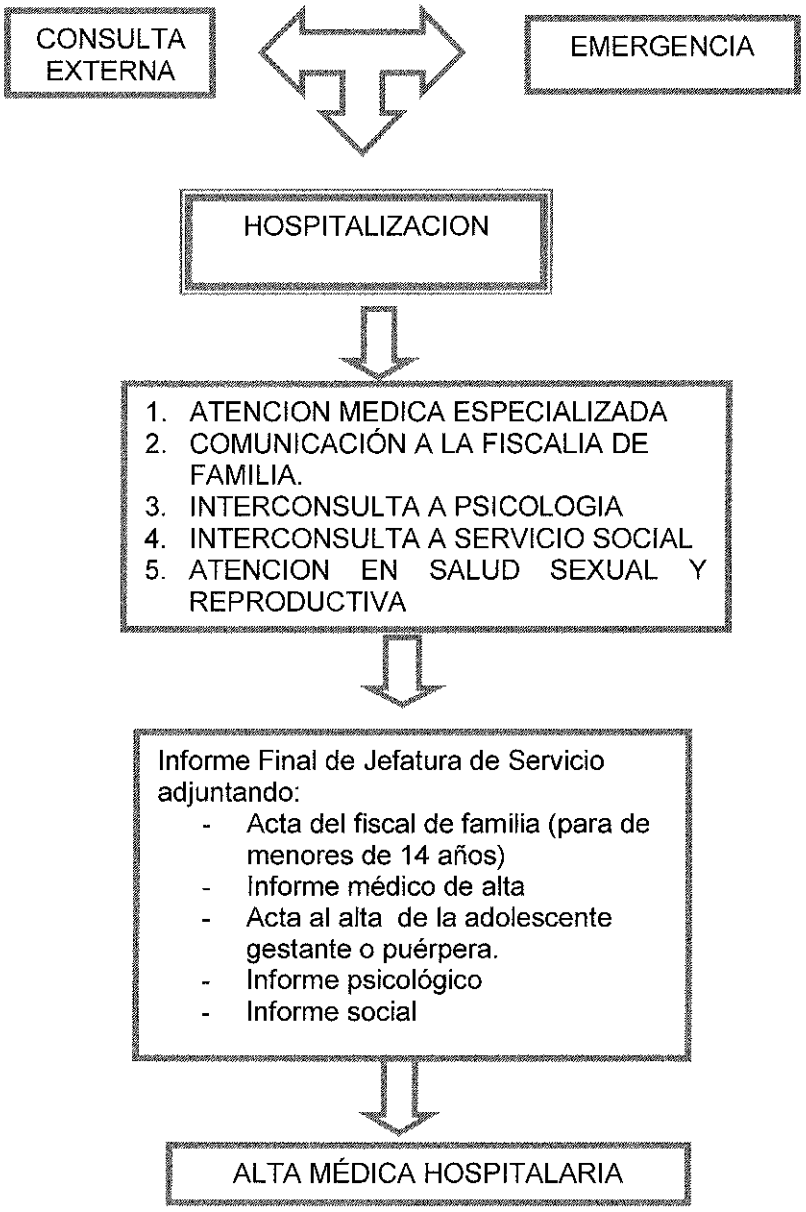
FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA ADOLESCENTE GESTANTE
II - III NIVEL DE ATENCION



V°B°
A. SALINAS M.
Sub-Gerente
V°B°
LIC. B. MEZA P.
Jefe de División

ANEXO 3

FLUJOGRAMA DE HOSPITALIZACION DE ADOLESCENTE GESTANTE



ANEXO 4

ESQUEMA PARA LA ATENCION PRENATAL DE ADOLESCENTES GESTANTES

Actividades	1° Cons < 14s	14-20 sem	20-25 sem	26-30 sem	31-36 sem	37-40 Sem
Estimación de la edad gestacional	x	x	x	x	x	x
Información sobre sus derechos	x	x	x	x	x	x
Anamnesis	x	x	x	x	x	x
Examen clínico completo	x					x
Medición de peso	x	x	x	x	x	x
Medición de talla	x					
Medición de presión arterial y pulso	x	x	x	x	x	x
Temperatura	x	x	x	x	x	x
Examen de mamas y pezones	x		x			x
Evaluación de estado nutricional	x				x	
Medición de altura uterina		x	x	x	x	x
Evaluación de crecimiento fetal	x	x	x	x	x	x
Auscultación de latidos fetales*			x	x	x	x
Evaluación de movimientos fetales			x	x	x	x
Diagnóstico de situación, presentación fetal				x	x	x
Evaluación clínica de la pelvis	x				x	
Realizar PAP	x					
Determinación de grupo sanguíneo y Rh	x					
Dosaje de hemoglobina y hematocrito	x				x	
Examen de urocultivo	x				x	
Detección de diabetes gestacional	x				x	
Tamizaje para sífilis (Prueba rápida o RPR)	x				x	
Tamizaje para TB	x					
Consejería para VIH/prueba rápida	x				x	
Vacunación antitetánica**	x					
Evaluación con ecografía	x			x		x
Detección de complicaciones	x	x	x	x	x	x
Examen odontoestomatológico		x	x			
Suplementación con ácido fólico	x					
Suplementación con hierro			x	x	x	x
Suplementación con calcio			x	x	x	x
Investigación de estilos de vida de riesgo	x	x	x	x	x	x
Tamizaje de violencia familiar	x	x	x	x	x	x
Psicoprofilaxis obstétrica			x	xx	xx	x
Estimulación prenatal		x	x	x	xx	x
Evaluación y orientación en salud mental	x	x	x	x	x	x
Atención en salud sexual y reproductiva	x	x	x	x	x	x
Plan de parto	x	x	x	x	x	x
Plan para emergencias	x	x	x	x	x	x
Entrevistas***						

Promover la 1ra atención prenatal antes de las 14 semanas.

* Con doppler se puede auscultar latidos cardiacos fetales a partir de las 12 sem.

** Se vacunara a la gestante lo más precozmente posible, no existiendo contraindicaciones con la edad gestacional. Colocar la 1era dosis en la primera consulta prenatal, las siguientes dosis se colocaran de acuerdo al calendario de vacunaciones (mínimo 2 dosis).

*** 1era entrevista en establecimiento, 2da entrevista en domicilio, 3ra entrevista en institución educativa.

ANEXO 5

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

Antecedentes Personales:

- Edad (a menor edad mayor riesgo)
- Servicio de salud no accesible (distancia, horario, medios de transporte, etc.)
- Bajo nivel socio económico
- Bajo nivel de escolaridad
- Violencia familiar, abuso sexual
- Talla menor de 1.40mts.
- Peso menor de 40 Kg. ó mayor de 90 Kg
- Embarazo no planificado
- Inadecuados hábitos nutricionales
- Estilos de vida de riesgo (consumo de alcohol, drogas ilícitas, prostitución)
- Falta de soporte familiar
- Ausencia de la pareja

Antecedentes Patológicos

- Tuberculosis
- Anemia,
- Desnutrición,
- Infección urinaria,
- Hipertensión arterial
- Cardiopatías,
- Nefropatías
- Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus,
- Hipertiroidismo, hipotiroidismo
- Cirugía ginecológica
- Cáncer
- Infecciones de transmisión sexual: VIH/SIDA, sífilis, etc.
- Epilepsia, convulsiones
- Trastornos psiquiátricos y psicológicos
- TORCH
- Alergias

Antecedentes Familiares:

- Tuberculosis
- Hipertensión arterial
- Embarazo múltiple
- Diabetes mellitus
- Cáncer
- Obesidad
- Adicciones
- Enfermedades mentales

Embarazo Actual:

- No atención prenatal
- Anemia
- Hiperémesis gravídica
- Amenaza de aborto
- Amenaza de parto prematuro
- Hemorragia del segundo y tercer trimestre (PP)
- Ruptura prematura de membranas
- Ruptura prolongada de membranas
- Pre-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Restricción del crecimiento fetal
- Macrosomía fetal
- Oligohidramnios o polihidramnios
- Situación o presentación fetal anómala
- Pelvis estrecha o anómala

Antecedentes Obstétricos

- Intervalo intergenésico menor de 2 años
- Abortos: espontáneos, frustro, inducidos
- Mola hidatiforme
- Embarazo ectópico
- Cesáreas
- Embarazo múltiple
- Partos prematuro o pos término
- Restricción del crecimiento fetal
- Recién nacido de bajo peso o macrosómico
- Anomalías congénitas
- Óbito fetal
- Pelvis estrecha
- Incompetencia de cuello uterino
- Antecedente de DPP, Placenta Previa
- Pre eclampsia, eclampsia
- ISO inmunización Rh o de grupo sanguíneo

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO 6

ACTA AL ALTA DE LA ADOLESCENTE GESTANTE / PUERPERA

Siendo el día ..... de ..... del ....., en el distrito ....., se procede al **ALTA**, de la adolescente ..... de ..... años, quien fuera atendida en el (Centro Asistencial): ....., en el Servicio de Obstetricia. Sale en compañía del señor / señora....., padre/madre de la menor, identificado (a) con DNI Nº....., en buen estado de salud como consta en la historia clínica Nº.....

En conformidad a lo descrito en el párrafo anterior, siendo las..... se concluye la presente diligencia, con el registro de firmas correspondientes.

V°B° J. SALINAS M. Sub-Gerente ESSALUD

Sub Gerencia de Promoción de la Salud V°B° LIC. B. MEZA P. Jefe de División GPMS-GCPS-ESSALUD

Firma de la paciente DNI Nº:	Firma del familiar DNI N°:
Firma/Sello Trabajadora Social	Firma/ sello médico/obstetriz/tra

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO 7

INFORME MEDICO

El Jefe de Servicio de .....

Del Hospital.....

Informa que con fecha..... ingreso al Servicio la menor.....

.....de..... años de edad

Con diagnostico de.....

.....

Durante su hospitalización evoluciono (complicaciones)

.....

.....

Tratamiento farmacológico y complementarios.....

.....

.....

.....

Intervenciones quirúrgicas.....

.....

Diagnostico principal de egreso: .....

.....

Diagnósticos secundarios: .....

.....

.....

Situación al Alta: Aliviado ..... Mejorado ..... Curado .....

Transferencia a consulta externa para los servicios de : .....

.....

.....

Próxima cita para el día ..... Consultorio N° .....

Lima, ... De ..... del 20.....

Firma y sello Del Medico Asistente

Firma y sello del Jefe del Servicio

ANEXO 8

INFORME PSICOLOGICO

DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos: .....
Edad..... Fecha Nacimiento: ...../...../.....
G. Instrucción:..... Ocupación: .....
Estado Civil: ..... DNI.....Telf.....

I. MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....

II. BREVE HISTORIA PERSONAL

Paciente que proviene de un hogar ..... con dinámica familiar ..... Entre los hermanos ocupa el.....,
Creció al cuidado de.....
Ocupación del padre..... y madre.....
Vinculada afectivamente con.....
Condición en el área escolar.....
Antecedentes de enfermedades ( ) y/o accidentes ( ) Consumo de licor ( )
Cigarrillos ( ) Drogas ( ) Conductas autoagresivas ( ).....
.....
Primera relación sexual.....por.....
Abortos.....
Pareja actual de.....años, ocupación: .....
Relación de pareja: .....
Aceptación del Embarazo actual: .....
Cuenta con el apoyo de: pareja ( ) familia ( ) otros ( ).....
.....

III. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Colabora con la entrevista: (SI) (NO)
Se encuentra lúcida ( ) orientada en tiempo ( ) lugar ( ) y persona ( )
Funciones psíquicas .....Nivel de pensamiento.....
Evidencia de trastorno psicopatológico.....
Impresiona a nivel intelectual como.....
En el área emocional se muestra .....
Relación afectiva con su recién nacido .....
Personalidad con rasgos de.....
Evidencia conducta.....
Proyecto de vida .....
.....

Iç. CONCLUSIONES

.....
.....
.....

ç. RECOMENDACIONES

.....
.....

Lima, ... De ..... del 20.....

PSICOLOGO(A)

Nota. Informe para fines médico legal al momento del alta.

ANEXO 9
INFORME SOCIAL

Servicio:.....Procedencia:.....

DATOS DE FILIACION

Nombre y apellidos: .....

Edad. .....Grado de Instrucción: .....

Tipo de seguro: .....DNI. .....

Domicilio: .....

Teléfono: .....

Padres o tutores: .....

Diagnostico clínico: .....

I. SITUACION FAMILIAR

.....

.....

.....

II. SITUACION DE SALUD

.....

.....

.....

III. SITUACION ECONOMICA Y/O LABORAL

.....

.....

.....

IV. SITUACION DE VIVIENDA

.....

.....

V. DIAGNOSTICO SOCIAL

.....

.....

VI. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES

.....

.....

.....

.....

Lima, ... De ..... del 20.....

TRABAJADORA SOCIAL

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPTAR UN METODO ANTICONCEPTIVO

Yo, ..., de ..... años de edad, identificada con DNI N° ....., declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

1. La adolescencia es un periodo de oportunidades para desarrollar conductas y habilidades positivas permanentes.
2. Que es importante postergar un embarazo, ya que a esta edad existe un alto riesgo de complicaciones para la madre y su recién nacido
3. Que hay métodos anticonceptivos temporales que me han sido explicados, y he comprendido.
4. Que existen efectos secundarios derivados el uso de los métodos modernos que me han sido explicados y he comprendido.
5. Que existe un riesgo mínimo de falla de método que podría dar lugar a un embarazo.
6. Puedo solicitar más explicaciones sobre el uso de los métodos anticonceptivos en cualquier momento o desistir de su uso sin perder el derecho de atención en los servicios de salud de este o cualquier otro centro asistencial.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por el uso de.....

Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones, asistiendo a los controles posteriores en las fechas que se me indique.
Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ...../...../.....

Firma de la Usuaria	Huella Digital	Firma de la Obstetriz/Tra brinda la consejería

---

Quien suscribe, es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del presente documento, ha impuesto su huella digital en mi presencia y manifiesta conformidad con el mismo
Nombre:.....Parentesco:.....

Firma del testigo
DNI N°: .....

Huella Digital

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO 11

EVALUACION PSICOSOCIAL ABREVIADA

Sistema de intervención y monitoreo de Riesgo Psicosocial del Embarazo

Nombre: ..... H.C.: .....Edad Gestacional: ..... Fecha: ...../...../.....

Ingreso posterior a las 20 semanas: SI ( ) NO ( ) .....

Edad Menor o igual a 17 años: SI ( ) NO ( )

Escolaridad: ..... Prim. .....Secundaria Superior: Técnico o Universidad

	ITEMS	Ingreso		3° Trimestre	
		SI	NO	SI	NO
1.	RECHAZO AL EMBARAZO ¿Ha pensado en interrumpir la gestación? ,o ¿Preferiría no estar embarazada? Marque SI, si pensó en interrumpir o si aún se siente así.				
2.	AUSENCIA DE LA FIGURA DE APOYO (Pareja, familia u otro que acompañen el proceso de gestación o nacimiento) Marque SI, si no hay pareja o familia, cualquier de ellas.				
3.	RESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS a. ¿Se ha sentido cansada o decaída casi todos los días? b. ¿Se ha sentido triste o pesimista casi todos los días? c. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido el interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? Marque SI, si una o más respuestas son afirmativas				
4	USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS a. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? b. ¿Cuántos vasos de vino, cerveza o trago tomó en el último mes? c. ¿Consume a veces tranquilizantes sin que le haya recetado el médico? d. ¿Alguna vez en su vida ha consumido marihuana, coca, pasta básica u otra droga? ¿Cuándo fue la última vez que consumió alguna de estas drogas? Marque SI, si consume actualmente una o más sustancias, subraye la/ las que usa				
5.	Presencia de violencia de Género – pareja o una figura masculina a. ¿Alguien la ha insultado o humillado, le ha dicho que no debía estar embarazada? ¿Controlan con quien conversa o el dinero que gasta? VIOLENCIA PSICOLOGICA b. ¿Alguien la ha golpeado o empujado? VIOLENCIA FISICA c. ¿Este embarazo es producto de una relación sexual no consentida? VIOLENCIA SEXUAL Marque SI, si le ha sucedido cualquiera de estas manifestaciones de violencia				
6.	Otros				

Gerencia de Promoción de la Salud V°B° Y. SALINAS M. Sub-Gerente ESSALUD-SGPS-GCPS

Subgerencia de Promoción de la Salud V°B° Lic. B. MEZA P. Jefe de División GPPS-GCPS-EsSalud

Firma de la usuaria

Firma del profesional

EsSalud
Seguridad Social para todos

ANEXO 12
ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Nombre: _____ _____ Fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____Teléfono_____
Cómo hace poco usted ha tenido un bebé, nos gustaría saber cómo se está sintiendo.
Por favor marque con un circulo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido los últimos 7 días.

N°	CONDUCTA	ALTERNATIVAS	PUNTAJE	
			2 M	6 M
1.	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2.	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3.	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Si, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4.	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5.	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6.	Las cosas me han abrumado	Sí la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7.	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Si, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8.	Me he sentido triste o desgraciada	Si, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9.	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Si, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Si, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		No, Nunca	0	0
		TOTAL		

PUNTAJE:

- Una puntuación de 11 a más muestra la probabilidad de depresión.
- Cualquier puntaje distinto a 0 en la pregunta 10 requiere de evaluación adicional inmediatamente por el psicólogo.

Firma del usuario

Profesional Obstetra

SUBGERENCIA DE PROMOCION DE LA SALUD - GCPS - ESSALUD - V°B° A. SALINAS M. Sub-Gerente

Subgerencia de Promoción de la Salud - GCPS - Essalud - V°B° LIC. B. MEZA P. Jefa de División

ESCALA DE DEPRESION POST PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Fuente: (British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky)

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una encuesta auto-administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas. Ha sido validada en diversos países y culturas, incluyendo Chile, Colombia, México, logrando su mayor nivel de sensibilidad con un punto de corte 9/10. Asimismo, un estudio inglés de validación de esta encuesta encontró que éste era el punto de corte más apropiado para estudios de tamizaje.

La EPDS se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto. Es una escala para tamizaje de síntomas, no obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con trastornos de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucción de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto.

Pautas para la evaluación:

1. A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.
2. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
3. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Si obtiene este puntaje o más referirlo al profesional psicólogo (a) para su evaluación clínica.
4. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente, por lo tanto debe ser referido al profesional psicólogo (a) para su evaluación clínica.
5. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.
6. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

ANEXO 14

EQUIPOS, MATERIAL E INSUMOS PARA LOS SERVICIOS DE ATENCION DIFERENCIADA PARA EL ADOLESCENTE
Balanza mecánica de plataforma
Tallimetro fijo
Cinta métrica perinatal
Tensiómetro
Estetoscopio
Espéculos
Ecógrafo
Doppler fetal
Escalera de 2 peldaños
Camilla
Camilla de atención del parto
Mobiliario de escritorio
Aire acondicionado
Coche de curaciones
Camas Hospitalarias
Cunas acrílicas
Veladores
Cámara fotográfica digital
Ventiladores de pared
Televisor 40 " con circuito cerrado
Equipo de sonido
Pizarra acrílica
Colchonetas
Sillas apilables
Formatearía (Historia CLAP, fichas tamizaje de depresión postparto, carné perinatal, consentimiento informado, formatos, material educativo e informativo)
Directiva para la atención integral del adolescente en EsSalud. Directiva para la atención integral de la gestante adolescentes en EsSalud.
Materiales educativos, talleres y animación socio cultural.
Directorio de instituciones que brinden servicio al adolescente.
Anexo telefónico.

ANEXO 15

REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE. CIE 10

En la atención ambulatoria consignar en el parte diario como primer diagnostico:

Z34.0	Supervisión de 1er embarazo normal
Z34.8	Supervisión de otros embarazos
Z35.6	Supervisión de embarazo de primigesta adolescente
Z35.8	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo (incluye adolescentes multigestas menores de 18 años)
Z35.3	Supervisión de embarazo con historia de insuficiente de atención prenatal
Z35.7	Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales
Z30.0	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
F53.0	Trastornos mentales y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados (SDPP)

ANEXO 16

INDICADORES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE EN ESSALUD

INDICADORES DE ESTRUCTURA

INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	FUENTE	USO DEL INDICADOR
% de CAS que cuentan con Servicios diferenciados para adolescentes gestantes	*N° de CAS que cuentan con servicios diferenciados para adolescentes gestantes* / *Total de CAS* x 100	Anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición del nivel de implementación de los servicios diferenciados para adolescentes gestantes
% de CAS que cuentan con horarios diferenciados para adolescentes gestantes	*N° de CAS que cuentan con horarios diferenciados para adolescentes gestantes* / *Total de CAS* x 100	Anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición del nivel de implementación de los horarios diferenciados para adolescentes gestantes

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	FUENTE	USO DEL INDICADOR
% de adolescentes gestantes atendidas en el 1° trimestre de gestación	*N° de adolescentes gestantes atendidas en el 1° trimestre de gestación* / *N° adolescentes gestantes atendidas* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la atención prenatal precoz en adolescentes gestantes
% de adolescentes gestantes con control prenatal completo	*N° de adolescentes gestantes con atenciones prenatales completas* / *N° adolescentes gestantes atendidas* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes gestantes que recibieron atención prenatal completa
% de partos institucionales en adolescentes	*N° de partos institucionales en adolescentes* / *N° adolescentes gestantes atendidas* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes que tuvieron atención institucional del parto
% de adolescentes gestantes con preparación diferenciada en psicoprofilaxis obstétrica	*N° de adolescentes gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica* / *N° adolescentes gestantes atendidas* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes gestantes con preparación diferenciada en psicoprofilaxis obstétrica

Subgerencia de Promoción de la Salud - Essalud
V°B°
LIC. B. MEZA R.
Jefe de División

GERENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
V°B°
M. SALINAS
Subgerente

% de adolescentes gestantes con preparación diferenciada en estimulación prenatal	*N° de adolescentes gestantes preparadas en estimulación prenatal* ---------- *x 100* *N° adolescentes gestantes atendidas*	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes gestantes con preparación diferenciada en estimulación prenatal
% de adolescentes madres tamizadas para la detección de depresión postparto	*N° de adolescentes madres tamizadas para la detección de depresión post parto* ---------- *x 100* *N° adolescentes madres atendidas*	Semestral - anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Identificar la proporción de madres adolescentes con depresión postparto
% de madres adolescentes con consejería en anticoncepción	*N° de adolescentes con consejería en anticoncepción* ---------- *x 100* *N° adolescentes atendidos*	Semestral - anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Medición de la proporción de madres adolescentes que recibieron consejería en anticoncepción
% de adolescentes gestantes con consejería de prevención de ITS-VIH/SIDA	*N° de adolescentes gestantes con consejería de prevención de ITS* - VIH/SIDA ---------- *x 100* *N° adolescentes atendidos*	Semestral - anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes gestantes que recibieron consejería para la prevención de ITS - VIH/SIDA





INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	FUENTE	USO DEL INDICADOR
Porcentaje de embarazos en adolescente	*N° de adolescentes gestantes atendidos* / *N° total de gestantes* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Identificación de la proporción de embarazos en adolescentes
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos post parto	*N° de adolescentes madres que aceptaron método anticonceptivo* / *N° de partos atendidos en adolescentes* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes que aceptaron método anticonceptivo postparto
Prevalencia de anemia en adolescentes gestantes	*N° de adolescentes gestantes con anemia* / *N° de adolescentes gestantes atendidas* x 100	Anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Identificación de la proporción de adolescentes gestantes con anemia
Prevalencia de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE) en adolescentes	*N° de adolescentes gestantes con EHE* / *N° de adolescentes gestantes atendidas* x 100	Anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Identificación de la proporción de adolescentes gestantes con EHE
Tasa de cesáreas en adolescentes gestantes	*N° de cesáreas en adolescentes gestantes* / *N° total de adolescentes gestantes atendidas* x 100	Anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Medición de la tasa de cesáreas en adolescentes gestantes
Prevalencia de depresión postparto	*N° de adolescentes con depresión postparto* / *N° de adolescentes tamizadas para la detección de depresión post parto* x 100	Anual	Informe del SGH de los Centros Asistenciales, Redes asistenciales	Identificación de la proporción de adolescentes madres con depresión post parto
Porcentaje de abortos en adolescentes	*N° de adolescentes atendidas por aborto* / *N° total de abortos atendidos* x 100	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de abortos en adolescentes
Porcentaje de adolescente gestante que fueron víctimas de violencia sexual	*N° de adolescentes gestantes* víctimas de violencia sexual / *N° de adolescentes gestantes atendidas* x 100	Anual	Informe del SGH de los Centro Asistenciales, Redes asistenciales	Identificar la proporción de adolescentes gestantes, víctimas de violencia sexual
Prevalencia de serología sifilítica positiva en el embarazo	*N° de adolescentes atendidas con serología sifilítica positiva en el embarazo* / *N° de adolescentes gestantes atendidas* x 100	Anual	Informe del programa de ITS-VIH SIDA de los Centro Asistenciales, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes gestantes con serología positiva a sífilis .

Prevalencia de infección a VIH en adolescente gestante	*N° de adolescentes gestantes con Infección a VIH* ----------x 100 *N° de gestantes adolescentes atendidas*	Anual	Informe del programa de ITS-VIH SIDA de los Centro Asistenciales, Redes asistenciales	Medición de la proporción de adolescentes gestantes con infección a VIH.
Porcentaje de muertes por suicidio en adolescentes gestantes	*N° de muertes por suicidio en adolescentes gestantes* ---------- *x 100* *N° adolescentes gestantes atendidos*	Semestral - anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Identificar la proporción de muerte materna por suicidio en adolescentes

INDICADORES DE IMPACTO

Tasa de prevalencia de bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes	*N° Nacidos Vivos con peso < 2500 gr.* ----------x 100 *N° Total de Nacimientos*	Anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Identificación de la proporción de recién nacidos de bajo peso en madres adolescentes
Tasa de mortalidad perinatal en adolescentes	*N° defunciones perinatales* ----------x 100 *N° Total de Nacimientos*	Anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Identificación de la proporción de muertes perinatales
% de mortalidad materna en adolescentes	*N° muertes maternas en adolescentes* ----------x 1000 *N° Total de muertes materna en EsSALUD*	Anual	Informe de los CAS, Redes asistenciales	Medición de la proporción de muertes materna en adolescentes en EsSALUD.