

**MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA.
GIRARDOT. AÑO 2017**

MARÍA ANTONIA MOLINA PÁEZ

COD: 3320205123

Pasante período de Diciembre 2016, Enero, Junio y Julio 2017

ERIK JAIBER LOPEZ VARGAS

Pasante periodo Junio, Julio, Diciembre 2016 y Enero 2107

CARLOTA CASTRO QUINTANA

Responsable y Autora del Proyecto

YAMILE VARGAS

Docente Asignada Unidad Amigable periodo inter semestral 2017

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

SECCIONAL GIRARDOT

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PROFUNDIZACIÓN SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA

X SEMESTRE

IPA – 2017

MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA

**STEFANY VANESSA CASTILLO SIERRA
MARÍA ANTONIA MOLINA PÁEZ
IPA 2017
JORGE BLANDON JARAMILLO
JENNIFER PATRICIA RODRIGUEZ
LUISA FERNANDA ROJAS
ERIK LOPEZ VARGAR
MARIA ANTONIA MOLINA PAEZ
II 2016
MARÍA ALEJANDRA CORREALES HERNÁNDEZ
ERIC LÓPEZ
MARIA ANTONIA MOLINA PAEZ
IPA 2016
LUISA FERNANDA CAICEDO BARBOSA
DIRIK JAHAIRA GALINDO RAMÍREZ
IVONNE ANDREA LEAL BARRAGÁN
ZHARICH YERALDIN RODRÍGUEZ ZÚÑIGA
IIPA 2015
NIYID CAMILA RIVERA REY
ADA CAROLINA SALAS QUINTERO
I PA 2015
KELLY JOHANNA GUARNIDO CABALLERO
II PA 2014
LUISA FERNANDA RODRÍGUEZ FANDIÑO
LEIDY YESENIA VILLAFRADE ROJAS
I PA 2014
JOHANNA MORENO
JENNY MORA
TATIANA SUAREZ
II PA 2013**

**CARLOTA CASTRO QUINTANA
Autora y Responsable del Proyecto**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
SECCIONAL GIRARDOT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PROFUNDIZACIÓN SALUD SEXUAL Y PROCREATIVA
X SEMESTRE
IPA – 2017**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Girardot, 23 de mayo de 2022

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo de grado en primer lugar a DIOS por guiarme en cada momento, por darme fuerza para no desfallecer cuando viví momentos de mucha tristeza y soledad, creyendo que sería el final de mi carrera y tal vez de mi vida, gracias padre celestial por permitir que este momento llegara a pesar de tantas dificultades académicas, económicas, laborales, familiares y emocionales.

A la universidad de Cundinamarca por darme la oportunidad de ingresar a tan maravilloso lugar, gozar de sus instalaciones y adquirir conocimientos de cada uno de los docentes que la integran quienes me formaron como profesional y gracias a ellos hoy trazo estas líneas.

A la Docente Carlota Castro Quintana; Gracias por toda su dedicación, por el compromiso que tiene con sus estudiantes hasta ver su aprendizaje y buen desarrollo, gracias por su labor tan valiosa que lleva adelante día a día sin desmayar, pido a Dios que siempre le de fuerzas y sabiduría en todo lo que haga ya que los estudiantes llegan y se van, pasan por su mirada, sus bellas palabras y su actuar pero usted deja en ellos su significativa huella de responsabilidad y buen desempeño. Que siempre le vaya bien, que tenga buena salud y mucha alegría, que Dios bendiga cada uno de sus días.

A la Docente Edna carolina Olarte por sus conocimientos, acompañamiento, paciencia y respeto hacia mi durante mi aprendizaje con ella.

A la Docente Yamile Vargas por su apoyo y conocimiento durante la etapa final de mi trabajo.

A mí amado hijo Gustavo Adolfo por ser la razón principal de mí existir, por ser luz en tantos momentos oscuros, por sus caricias, abrazos y palabras de consuelo cuando más triste me sentía, porque a pesar de su edad y dificultades, siempre enfrenta y maneja adecuadamente horas de soledad mientras yo trabajo y estudio para salir adelante juntos.

A mi hermana Clara Inés por su apoyo incondicional siempre dispuesta a darme lo que mejor ella pueda olvidándose en ocasiones de ella misma, Dios la bendiga siempre.

A Oscar Alberto Vega Triana por su apoyo, compañía, dedicación, amor y respeto para conmigo y con mi hijo.

Un gran y sincero agradecimiento a cada persona que hizo parte de forma máxima o mínima en tan ardua labor como es que hoy DIOS me permita presentar este trabajo como fruto de mi esfuerzo, perseverancia y dedicación durante estos años de carrera.

Amo esta carrera y por esta razón decidí continuar hasta el final.

INFINITAS GRACIAS.

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	14
1. JUSTIFICACIÓN	17
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. PROPÓSITOS	22
5. MARCOS DE REFERENCIA	23
5.1 MARCO LEGAL	23
5.1.1 Ley 1616 De 2013 – Ley De Salud Mental.	23
5.1.2 Ley 100 de 1993.	24
5.2 MARCO INSTITUCIONAL	30
5.2.1 Aspectos eticos para el desarrollo del trabajo	32
5.3 MARCO TEÓRICO	34
5.3.1 Determinantes sociales segun la Organización Mundial de la Salud	35
5.4 MARCO CONCEPTUAL	37
5.5 TEORÍA DE MADELEINE LEININGER	40

5.6 APLICACIÓN DE LA TEORÍA EN RELACIÓN CON LA ENFERMERA-PACIENTE-FAMILIA	40
5.7 PROCESO DE ENFERMERÍA	41
6. MANUAL OPERATIVO MODALIDAD RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON ÉNFASIS EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS	44
6.1 SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS	44
6.1.1 Identificación de la población sujeto de atención	44
6.1.2 Población Objeto de Atención.	45
7. METODOLOGÍA	48
7.1 POBLACIÓN	48
7.2 MUESTRA	49
7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
7.3.1 Técnicas.	49
7.3.2 Instrumentos.	50
7.3.3 Hoja de registro para el seguimiento.	51
8. PROCESO DE TABULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS FORMATOS DE PUÉRPERAS, GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DEL IPA DEL 2017	52
8.1 PUÉRPERAS	52
8.2 RECIÉN NACIDOS	66
8.3 GESTANTES	80
8.4 ANÁLISIS Y RESULTADOS ADOLESCENTES PUÉRPERAS, GESTANTES Y LACTANTES	100

8.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PUÉRPERAS GESTANTES)	102
8.5.1 Dominio 1 promoción de la salud.	102
8.5.2 Dominio 2 nutrición.	102
8.5.3 Dominio 3 actividad / reposo.	102
8.5.4 Dominio 5 percepción / cognición.	103
8.5.5 Dominio 6 autopercepción.	104
8.5.6 Dominio 7 rol / relaciones.	104
8.5.7 Dominio 11 seguridad / protección.	104
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS	112
10. CONCLUSIONES	113
11. LIMITACIONES	114
12. RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	116

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Total de gestantes, puérperas y lactantes reportadas y valoradas.	49

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Fases o etapas del proceso de atención de enfermería.	42
Figura 2. Datos sociodemográficos de las adolescentes gestantes y púerperas.	109
Figura 3. Condensado visitas IPA 2017.	111

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Edad.	52
Gráfica 2. Tiempo de puerperio.	53
Gráfica 3. Estado Civil.	53
Gráfica 4. Régimen de salud.	54
Gráfica 5. IPS Primaria.	55
Gráfica 6. Ocupación.	55
Gráfica 7. Escolaridad.	56
Gráfica 8. Vivienda.	57
Gráfica 9. Ingreso Familiar.	57
Gráfica 10. Peso.	58
Gráfica 11. Talla.	59
Gráfica 12. IMC.	59
Gráfica 13. Adecuado su IMC.	60
Gráfica 14. Cesárea.	60
Gráfica 15. Qué es la sexualidad.	61
Gráfica 16. Métodos de planificación.	62
Gráfica 17. Cuál método?	62
Gráfica 18. Cual método desea utilizar?	63
Gráfica 19. ¿Por qué?	64

Gráfica 20. ¿Quién la asesoró?	65
Gráfica 21. ¿Sexo?	66
Gráfica 22. ¿Peso?	67
Gráfica 23. Talla al nacer?	67
Gráfica 24. ¿Adecuado su peso y talla?	68
Gráfica 25. ¿Peso actual?	69
Gráfica 26. Talla Actual?	69
Gráfica 27. ¿Es adecuado su talla y peso?	70
Gráfica 28. ¿Higiene?	71
Gráfica 29. ¿Estado fontanela anterior?	72
Gráfica 30. ¿Estado fontanela posterior?	73
Gráfica 31. ¿Muñón umbilical?	74
Gráfica 32. ¿Acepta y tolera la L M?	75
Gráfica 33. ¿Ha presentado hospitalizaciones?	76
Gráfica 34. ¿Quién está al cuidado del bebé?	77
Gráfica 35. ¿Tiene conocimientos sobre su cuidado básico?	78
Gráfica 36. ¿Quién le brindo educación?	79
Gráfica 37. Edad.	80
Gráfica 38. Estado civil.	81
Gráfica 39. Ocupación.	81
Gráfica 40. Nivel socioeconómico.	82
Gráfica 41. Régimen de afiliación.	83

Gráfica 42. EPS.	84
Gráfica 43. ¿IPS Primaria?	85
Gráfica 44. Grado.	86
Gráfica 45. Para usted qué es la sexualidad?	87
Gráfica 46. Ha recibido información sobre temas de la sexualidad.	88
Gráfica 47. ¿Quién le ha brindado esta información?	89
Gráfica 48. ¿Sabe el riesgo que le genera al iniciar una vida sexual activa a temprana edad?	90
Gráfica 49. ¿Cuáles?	91
Gráfica 50. ¿Considera que puede lograr lo que se propone?	92
Gráfica 51. ¿Por qué?	92
Gráfica 52. ¿Menarquia / años?	93
Gráfica 53. Edad gestacional del primer control?	94
Gráfica 54. ¿N° de controles prenatales el día de la visita?	94
Gráfica 55. ¿Anticoncepción previa al embarazo?	95
Gráfica 56. ¿Método?	96
Gráfica 57. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?	97
Gráfica 58. ¿Qué la motivo a iniciar su vida sexual?	98
Gráfica 59. ¿N° de parejas previas al embarazo?	99
Gráfica 60. ¿Tiempo de relación con el padre de su hijo?	100

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato valoración gestante	117
Anexo B. Formato valoración puérpera	122
Anexo C. Consentimiento informado	126
Anexo D. Familiograma	127
Anexo E. Escala de clasificación de riesgo biopsicosocial	128
Anexo F. Ecomapa	129
Anexo G. Plan de Atención de Enfermería	130
Anexo H. Formato visita domiciliaria de seguimiento a las gestante adolescentes, puérperas, recién nacido y/o lactante del municipio de Girardot	131

INTRODUCCIÓN

Madres adolescentes un reto social y de academia, es un proyecto creado a partir del cuidado que brinda Enfermería en la **UNIDAD AMIGA DE ADOLESCENTES JÓVENES** de la Universidad de Cundinamarca, seccional Girardot, para atender la población de hombres y mujeres adolescentes en gestación, parto y puerperio, con el fin de orientar el cuidado de la salud, prevenir el riesgo durante la gestación y el embarazo subsiguiente y promocionar practicas cuidantes en la gestante, el recién nacido, en la pareja con énfasis en prácticas sexuales seguras y anticoncepción, orientadas en su entorno familiar, con enfoque cultural, de género, en derechos sexuales y reproductivos.

En el año 2013 se da Inicio al proyecto en la Unidad Amigable, al observar que en el municipio de Girardot se veía un incremento en el número de embarazos a temprana edad (280 en el 2011, 292 en el 2012)¹, razón por la cual se vio la necesidad de intervenir en un trabajo conjunto con la secretaria de salud del municipio, realizando visitas domiciliarias a las adolescentes madres remitidas por la Instituciones educativas, IPS, o por demanda inducida o hallazgos incidentales de casos en el entorno comunitario durante las visitas. En la visita se realiza una valoración física, psicosocial, identificando factores de riesgo físicos y psicosociales que pueden alterar su gestación, parto y puerperio, los factores protectores, los determinantes sociales que incidieron en la gestación; se planea el cuidado de Enfermería según NANDA², se informa y educa en derechos en salud, identificación de riesgos, lactancia materna, preparación para la maternidad y paternidad, cuidados pertinentes durante la gestación y el puerperio y pautas de crianza y proyecto de vida.

El embarazo y la maternidad en adolescentes causan preocupación en la sociedad, precisamente por el inicio temprano de la sexualidad que conlleva el riesgo del embarazo precoz, riesgo incrementado por la falta de orientación, de comunicación, acompañamiento a los adolescentes en los procesos de maduración biológica y psicológica, en esta etapa crucial del ciclo de vida³, además de llevar a los adolescentes al replanteamiento de su proyecto de vida por suspender sus estudios, iniciar una vida laboral, aumentar sus roles entre otros, cambios importantes y responsabilidades que debe asumir para su edad.

¹ RUFA 2011-2016, presentado por secretaria de salud de Girardot, oficina de epidemiología, agosto del 2016.

² NANDA (antes llamada North American Nursing Diagnosis Association) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

En ese proyecto se usa con el fin de manejar un diagnóstico de enfermería de forma individual a cada una de las adolescentes.

³ Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. (2015). El embarazo a temprana edad, un Análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 222-237. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>

Por lo cual es importante trabajar en la prevención de los embarazos tempranos no deseados, ya que la ausencia de redes sociales de apoyo dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades en el adolescente con gestación temprana, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar que se requiere para el sano desarrollo.

El programa de madres adolescentes en el año 2014 vinculó 60 adolescentes en estado de gestación, 45 en etapa de puerperio, 36 lactantes menores, de los cuales se visitó el 86.6% de las gestantes y el 100% de las puérperas y lactantes menores reportados; para un total de 132 visitas cubriendo el 94.2% de la población. En el año 2016 Se obtuvo un total de 216 usuarias valoradas entre gestantes y puérperas.

Existen diversos factores de riesgo que se encuentran inmersos en un embarazo a temprana edad, una menarquia en edades de 11 a 12 años, el inicio de la vida Sexual a temprana edad, bajo nivel educativo, problemas económicos, familiares y sociales. Además un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989).⁴

Para el IPA del 2017 se valoraron 72 gestantes, 84 puérperas con sus recién nacidos (85) ya que una usuaria es gemelar, 15 seguimientos, y 18 visitas fallidas para un total de 189 nuevas visitas obtenidas a través de las diferentes bases de datos que secretaria de salud nos reporta de los convenios con las distintas IPS que ella maneja y con las cuales la unidad amigable realiza las visitas por medio de los enfermeros en formación de VIII, IX , X en su práctica formativa, pasantía y profundización.

Obteniendo hasta el momento un reporte anual desde su inicio así:

⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embaraza-da-menor-15.pdf>

PERIODO ACADEMICO	AÑO	TOTAL VALORACIONES
IPA	2014	58
IIPA	2014	32
IPA	2015	51
IIPA	2015	17
IPA	2016	27
IIPA	2016	289
IPA	2017	241
TOTAL		715

1. JUSTIFICACIÓN

El municipio de Girardot reporta desde hace 6 años un incremento en los nacidos vivos de mujeres adolescentes y jóvenes, evidenciados en los reportes de la dirección de salud pública de la Secretaría de Salud de Girardot, con los siguientes datos para el 2011, 280 madres adolescentes; el 2012 con 292. 274; en el 2013 y, el 2014 con 259, 2015 con 212 y para el 2016 con 278 nacidos vivos de mujeres adolescentes.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, evidencia que

El inicio de la actividad sexual previa y reciente para las mujeres que no tienen una relación estable, es un indicador potencial para exponerse al riesgo de embarazo, riesgo que es presentado potencialmente en las mujeres, que su edad de inicio del período reproductivo es 13 años, el porcentaje de mujeres menores de 20 años que iniciaron las relaciones sexuales antes de los 18 años aumento en un 5% en relación con la ENDS 2010⁵.

La definición de los lineamientos para el desarrollo recopilados por el CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL (CONPES) frente a la salud sexual y reproductivo en la calidad de vida de los adolescentes, de sus familias y de las sociedades, la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, una problemática social y de salud pública necesaria de ser intervenida con el fin de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo.

El embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes y otras condiciones que afectan la conformación de los hogares y su funcionamiento⁶.

La articulación del trabajo de la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca con adolescentes y jóvenes con los diferentes sectores e

⁵ *Min Salud hace entrega de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015.*

⁶ (The American Academy of Pediatrics, 2010, ENDS 2010).

instituciones del municipio y del departamento en especial con las secretarías de salud, de educación, desarrollo social, coordinación de juventudes, las EPS e IPS del municipio permite fortalecer los espacios destinados a la atención y al desarrollo de acciones promocionales centrados en las necesidades reales y sentidas de los adolescentes con énfasis en salud sexual y salud mental con participación de un equipo interdisciplinario liderado por las enfermeras de la unidad amigable de la universidad de Cundinamarca.

El proyecto va dirigido a las mujeres y hombres adolescentes de 10 a 19 años, que quedan en gestación y tienen sus hijos, hasta que el menor tenga 2 años de edad, buscando el fomento del cuidado de la salud de la gestante adolescente e integrar a su pareja al cuidado que requiere con el fin de disminuir la morbilidad materna extrema y niños con bajo peso al nacer; con su permanencia y acompañamiento se busca que los adolescentes se apropien de la crianza y cuidado de sus hijos y que continúen con su proyecto de vida, es decir que continúen con su formación académica.

Este acompañamiento a los adolescentes y jóvenes padres, se coordina con la secretaria de salud de Girardot y de Cundinamarca, quienes brindan acompañamiento técnico y apoyan la coordinación de las remisiones y atención prioritaria que requieran las gestantes y/o sus recién nacidos. Además de ser este programa una experiencia exitosa para el Departamento Cundinamarca y el Ministerio de Salud, resaltando la labor de Enfermería en el seguimiento y prevención del riesgo en la adolescente gestante, en un trabajo que potencia la atención primaria en el ámbito familiar y habitúa la población a un acompañamiento en el cuidado de la salud y disminución y control del riesgo.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es causa y consecuencia de las grandes inequidades de la sociedad, el alto índice de natalidad genera una problemática de salud pública, en la cual el desconocimiento de las prácticas sexuales, de los métodos de planificación y la falta de apropiación de prácticas de autocuidado sexual, conllevan al desarrollo de una sexualidad irresponsable, problemática que se presenta en todo el territorio Colombiano, los resultados presentados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reporta que entre el año 2008 y el 2013 en promedio han nacido 159.656 hijos de madres entre los 10 y 19 años, cifras realmente alarmantes.

Girardot al presentar en los últimos seis años un número de 1.595 nacidos vivos de madres adolescentes⁷ es evidencia de una ausencia de acciones contundentes intersectoriales para la prevención de estos embarazos y de la promoción de prácticas sexuales seguras, retardo del inicio de las relaciones sexuales, manejo del tiempo libre, orientación sexual y del crecimiento y desarrollo del adolescente y del joven, entre otras acciones que les permita a las familias y grupos de pares asumir con responsabilidad y seguridad su sano crecimiento y desarrollo sexual.

Con el grupo de gestantes y madres adolescentes existentes la unidad amigable plantea a partir del programa de “MADRES ADOLESCENTES, UN RETO SOCIAL Y DE ACADEMIA”, empoderar a los padres de su cuidado en la gestación, parto, puerperio y lactancia, así como el asumir la responsabilidad del cuidado del recién nacido, replantear su proyecto de vida a partir de la realidad económica y social que tiene, sin perder la motivación de su crecimiento académico y una inserción laboral con preparación técnica, tecnológica o profesional.

A través de visitas domiciliarias se ha logrado en estos 4 años valorar un total de 715 adolescentes madres⁸, donde la edad mínima encontrada es de 13 años y la edad máxima de 19 años al momento de la captación, porque en el seguimiento proyectado para los dos años, se tienen madres jóvenes hasta los 21 años, fortaleciendo la adherencia a la anticoncepción, fortaleciendo los vínculos maternos y paternos, empoderando los adolescentes de su cuidado sexual y derechos sexuales y reproductivos, pautas de crianza y proyecto de vida.

A través de las visitas domiciliarias que se realizan al binomio madre e hijo y con base a los objetivos del nuevo milenio, lo que se busca es evitar las muertes maternas, disminuir morbilidad materna extrema, la mortalidad infantil, los factores

⁷ RUFA 2011-2016, presentado por Secretaria de Salud de Girardot, oficina de Epidemiología, agosto del 2016.

⁸ Según datos registrados en las bases de datos del programa de la unidad amiga del adolescente y joven de la Universidad de Cundinamarca a junio del 2017.

de riesgo de la gestante, la puérpera, el recién nacido y lactante y evitar el embarazo subsecuente.

Las preguntas que surgen para el desarrollo de este proyecto son ¿Qué determinantes incidieron en la gestación a temprana edad? ¿Qué información y educación sexual recibo la adolescente o adolescentes? ¿Qué ganancias existen en la relación que tiene la adolescente? ¿Cómo asumen las adolescentes el rol de ser madres? Y ¿Cómo asimilan los cambios generados después del parto? ¿Qué cuidados de Enfermería prevalecen en las necesidades de las adolescentes madres y sus familias? ¿Qué características tiene su nuevo proyecto de vida?

A partir de estos interrogantes el programa de la unidad amigable busca intervenir oportunamente a cada adolescente brindando el cuidado de Enfermería, proporcionando herramientas para su autocuidado, la aceptación de su nuevo rol como madre y le dé continuidad a su proyecto de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una valoración integral a la adolescente en estado de gestación, puerperio, recién nacido y/o lactante, y establecer un plan de cuidado de Enfermería de acuerdo a la necesidad encontrada, brindando un acompañamiento en la reestructuración del proyecto de vida, el desarrollo del nuevo rol y promover la adherencia a la anticoncepción con el fin de evitar un embarazo subsecuente

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Valorar de manera integral a la gestante, puérpera recién nacido y/o lactante determinando el estado físico, psicosocial.
- ❖ Brindar educación acerca de los signos de alarma con el fin de disminuir la morbimortalidad materno extrema en las adolescentes y recién nacidos.
- ❖ Brindar educación frente a las pautas de crianza en el proceso formativo de los menores de 2 años.
- ❖ Diseñar el plan de cuidado de Enfermería con el fin de orientar las acciones de cuidado que requieren las adolescentes al asumir y realizar seguimiento desde la gestación, pasando por el puerperio, el recién nacido y el lactante menor de 2 años.
- ❖ Integrar a la pareja en el proceso de atención a la madre adolescente y su hijo.
- ❖ Gestionar el apoyo de las diferentes entidades gubernamentales, públicas y privadas que contribuyan al desarrollo y alcance del proyecto de vida de las madres adolescentes.
- ❖ Promover el uso de métodos de planificación familiar, la doble protección, asesorar acerca del método más apropiado, verificar el buen uso del preservativo y prevenir un embarazo subsecuente.

4. PROPÓSITOS

- ❖ Disminuir embarazos subsecuentes en las adolescentes del municipio de Girardot-Cundinamarca.
- ❖ Disminuir la morbilidad materno extrema en las adolescentes.
- ❖ Informar sobre la importancia de seguir con el proyecto de vida de cada una de las madres adolescentes para que logren las metas propuestas antes de la gestación.
- ❖ Educar sobre pautas de crianza para brindar herramientas de la forma correcta de la educación de sus hijos y su nuevo rol.
- ❖ Incentivar a que conozcan los diferentes métodos de planificación y la importancia de la doble protección para prevenir infecciones de transmisión sexual.

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1 MARCO LEGAL

5.1.1 Ley 1616 De 2013 – Ley De Salud Mental.

El Objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Ámbito de Aplicación. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Garantía de la atención en Salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos.

La atención en salud mental en el país está orientada a cubrir los siguientes aspectos:

- ❖ Promoción de la salud mental.
- ❖ Prevención primaria del trastorno mental.
- ❖ Atención integral e integrada en salud mental.

- ❖ Trastorno mental.
- ❖ Discapacidad mental.
- ❖ Problema psicosocial.
- ❖ Rehabilitación psicosocial⁹

5.1.2 Ley 100 de 1993.

A partir de la ley 100 se reglamentó esta con nuevos, Acuerdos, Decretos y Resoluciones. Las más recientes sobre promoción y prevención son el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y la Resolución 412 de 2001 del Ministerio de Salud.

Es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Adaptadas y Transformadas y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 1995. Además en esta se establece, que las instituciones mencionadas deben inducir la demanda de estos servicios, debido a que los usuarios no los solicitan espontáneamente.

Esta Incluye, las actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo; ellas son:

- ❖ Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- ❖ Atención preventiva en salud bucal
- ❖ Atención del parto.

Atención Integral De La Primera Infancia-Programa De Cero A Siempre. El 1804 Del 2 Agosto Del 2016. De Cero a Siempre es la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia creada en el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos y cuya vocería está en cabeza de la Dra. María Clemencia Rodríguez de Santos, que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia.

La Consejería Presidencial para la Primera Infancia busca transformar la manera sectorizada en la que se han suministrado los servicios de atención a la Primera Infancia creando la Estrategia Nacional De Cero a Siempre, que reúne políticas,

⁹ <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1616-de-salud-de-2013/>

programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin de prestar una verdadera Atención Integral, que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad.

Los derechos de las niñas y los niños en primera infancia son impostergables; la familia, la sociedad y el estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años. La Estrategia De Cero a Siempre coordinará todas las instituciones, tanto públicas como privadas, para lograr garantizar, a largo plazo, una atención integral a 2'875.000 niños y niñas del Silben 1, 2 y 3.

Trabajando bajo una perspectiva de universalización de la Atención Integral, De Cero a Siempre priorizará la población en Pobreza Extrema. En la actualidad sólo el 24% los niños y niñas menores de cinco años recibe atención integral y De Cero a Siempre buscará hacer efectivos los derechos a la atención integral de 1'500.000 niños y niñas en situación de vulnerabilidad, enfrentándose así a un gran reto Nacional que exige¹⁰. Una coordinación interinstitucional para alcanzar una cobertura del 100% de la población entre cero y cinco años de edad.

La Estrategia De Cero a Siempre, demandará una mayor preparación de cada uno de los actores involucrados haciendo inaplazable el establecimiento de compromisos locales y regionales para avanzar coordinadamente en el cumplimiento de las coberturas, así como en la adecuación de las instituciones para cumplir los parámetros de atención integral establecidos por la Estrategia ¹¹.

A través de las visitas domiciliarias realizadas se busca dar una atención integral, al realizar la valoración de los lactantes y niños con el fin de evidenciar si es un niño sano o por el contrario está presentando algún hallazgo por el cual se deba remitir e informar a la E.P.S que se encuentre afiliado para dar manejo y mejorar su salud.

Resolución 412 de 2000. Esta retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, con base en el acuerdo 117. Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso Ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

www.deceroasiempre.gov.co › de Cero a Siempre ›

¹¹ www.deceroasiempre.gov.co/

Consulta de planificación familiar. Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar.

Se tiene en cuenta los criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud OMS; en varias reuniones científicas, ha aclarado las condiciones o enfermedades que podrían afectar la elegibilidad, para el uso de un método anticonceptivo temporal.

Política de atención integral en salud. El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (...), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado.

Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho.

El marco de referencia expuesto, plantea la preeminencia del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SSSS) en la formulación y aplicación de las políticas de salud. En un Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas,

procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado para garantizar el acceso integral, conforma el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social ese núcleo es definido desde la garantía de las prestaciones para las contingencias financieras que puedan tener las familias frente al gasto en salud. En el desarrollo del SSSS planteado por la Ley 100, la regulación se dirigió hacia asegurar la sostenibilidad del sistema, en un ámbito de Ley Estatutaria el acceso y equidad pasan a adquirir un estatus preponderante¹².

Modelo Integral De Atención En Salud, MIAS. La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

El Modelo Integral de Atención en Salud propuesto, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la “expansión de la libertad”, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”.

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de

¹² Ministerio de Salud y Protección Social.

riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Esto implica que la norma básica para la evaluación de los efectos del Modelo sean las ganancias en equidad, tanto en estado de salud como en acceso integral a los servicios, buscando el cierre de brechas entre grupos 47 poblacionales considerados en sus diferencias socioeconómicas y en sus contextos territoriales¹³.

Rutas Integrales De Atención En Salud, RIAS. Las RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible.

El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población. Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social. Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud.

El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS, que se describen a continuación:

MIAS Modelo De Atención Integral En Salud.

- ❖ Promoción y mantenimiento de la salud
- ❖ Materno perinatal
- ❖ Trastornos asociados al consumo de spa

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social.

Seguridad Alimentaria y Nutricional. Según el Consejo Nacional De Política Económica Y Social I (CONPES) Social 113 de 2008, la Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

Para dar cuenta de los avances en el ámbito de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, el país cuenta con una serie de instituciones y programas, que desde diferentes sectores respaldan este proceso.

Constitución Política De Colombia: Establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños y en cuanto a la oferta y la producción agrícola se establecen los deberes del Estado en esta materia.

Cumbre Mundial Sobre Alimentación 1996 Y 2002: Renovar el compromiso mundial de eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria sostenible para toda la población. Establece y refuerza los compromisos adquiridos por Colombia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Ley 1355 de 2009. Ley de Obesidad: Define a la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN, como la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia, establece sus integrantes y funciones.

Decreto 2055 de 2009: Crea la CISAN, se definen sus integrantes, funciones, funcionamiento de la secretaría técnica, actividades de la misma y periodicidad de reuniones, entre otros.

Entre los principales instrumentos de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional se tienen:

Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CISAN: Creada para el fortalecimiento de los mecanismos de gobernabilidad y coordinación de las entidades rectoras de la política (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo Rural, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Departamento Nacional de Planeación).

❖ **Plan Nacional y los planes territoriales de SAN -PNSAN –PTSAN:** Es el conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones que desde el Estado y la sociedad civil tiene como objeto proteger a la población del hambre y alimentación inadecuada, asegurar el acceso a los alimentos y coordinar intervenciones intersectoriales.

❖ **Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -OSAN:** Es el sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la SAN que integra, produce y facilita el análisis de información y gestión de conocimiento para fundamentar el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la SAN, de la política de SAN, de las acciones que buscan garantizarla y de sus propias acciones.

Mediante documento CONPES Social 113 de 2008, se formula la política de seguridad alimentaria y nutricional, que plantea objetivos y estrategias definiendo tres herramientas para su implementación. La primera herramienta es diseñar una estructura institucional funcional con el fin de articular y coordinar las acciones de los diferentes actores (Nacionales y Territoriales), la segunda, es la implementación de un Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PLAN SAN, el cual debe tener en cuenta los lineamientos y las recomendaciones expuestas en el mencionado documento CONPES.

En relación con el desempeño institucional, el Decreto 2055 de 2009, crea la institucionalidad que permite abordar la problemática de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en forma integral y articulada, y crea la Comisión Intersectorial de SAN (CISAN). Adicionalmente, define para dicha comisión, las funciones de coordinar, articular, elaborar e implementar el Plan Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional -PLAN SAN.

“Finalmente, es preciso resaltar que el país ha venido avanzando en aspectos relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional, específicamente definiendo políticas y acciones relacionadas con la mejora del Status sanitario del país, a través de la expedición de los siguientes documentos CONPES”¹⁴:

5.2 MARCO INSTITUCIONAL

La Unidad Amiga de Adolescentes y Jóvenes, se encuentra ubicada en la Universidad de Cundinamarca seccional Girardot, cuenta con trayectoria desde el año 2009, donde se han implementado : Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública, contenidas en la Resolución 412 de

¹⁴ <https://www.minsalud.gov.co/.../dimension-seguridadalimentariaynutricional.pdf>

2000, del Ministerio de Protección Social, que debe ser retomada por los servicios amigables en salud para la personas joven (Guía para la Detección Temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo y Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres, detección temprana del Cáncer(CA) de cérvix y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino, guía para el manejo de VIH, Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años.

La Unidad Amiga de Adolescentes y Jóvenes; surge a partir de la necesidad de propiciar espacios para el intercambio de conocimientos, valores y prácticas responsables frente a la sexualidad, que son necesarios para la formación integral y el autocuidado sexual y procreativo, a partir de las cuales se implementan estrategias, informativas, educativas, de comunicación y de atención con el fin de disminuir los riesgos y factores de vulnerabilidad, fomentando prácticas de cuidado sexual seguras a nivel individual y de pareja, liderada por la coordinadora Carlota Castro Quintana, de los estudiantes de Enfermería, en la Profundización en Salud Sexual y Procreativa, en donde se proponen acciones de fortalecimiento con base a la educación y orientación en temas relacionados con la salud sexual, de la población joven del municipio de Girardot, esto contribuye al mejoramiento de calidad de vida y formación de proyecto de vida de cada uno de los jóvenes y adolescentes que asisten a sus servicios individuales y colectivos, generando actitudes saludables que favorecen las acciones de promoción en salud, diseñadas para ellos.

La característica principal de la atención en la unidad está dada por programas de salud mental en la prevención del consumo de Sustancias psicoactivas (SPA), Asesoría en violencia intrafamiliar y de pareja, Asesoría en identidad sexual, Asesoría en infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/SIDA y VPH, Atención casos de abuso sexual y violencia sexual, Asesoría en Nutrición, Asesoría en Derechos Sexuales y Reproductivos, detección temprana del cáncer de cérvix y de mama. Además, la unidad empieza a contar con insumos de preservativos, anticoncepción de emergencia y métodos anticonceptivos orales e inyectables y el abastecimiento de los recursos físicos necesarios para la atención del adolescente y joven.

Con relación al trabajo con madres adolescentes, se creó para disminuir y realizar un seguimiento al riesgo y orientar los cuidados que requiere la gestante y su recién nacido, empoderarla de sus derechos sexuales y reproductivos en busca de la apropiación de sus cuidados sexuales, de su proyecto de vida y de la crianza de su hijo. Este trabajo se realiza en coordinación con la secretaria de salud de Cundinamarca y de Girardot, remitiendo casos según necesidad al ICBF, casa de justicia, programas nutricionales del municipio, EPS/IPS, institución educativa, entre otras instituciones que puedan aportar al cuidado de la adolescente y su familia.

Realiza también la unidad un trabajo extra institucional, con trabajadoras sexuales y sitios de lenocinio, para capacitar a los administradores de los Hoteles y a las trabajadoras sexuales en los riesgos de Salud Sexual y fomentar prácticas de Autocuidado, para el logro del mejoramiento en la prestación de los servicios y un seguimiento al riesgo en Salud Pública, generado por la práctica de la prostitución.

Para el logro de los objetivos de la unidad, se cuenta con el personal idóneo para la atención de esta población, los cuales están en la capacidad de prestar el servicio y brindar consejería de pareja y planificación familiar, consejería preconcepciones, atención a gestantes y madres adolescentes, autoexamen de seno y testículo, toma de citología, servicios de capacitación y educación en salud, formación de líderes en cuidado sexual, formación en autocuidado sexual y mejoramiento de los riesgos en salud pública el sector hotelero y sitios de lenocinio; a la población adolescente, como también a joven de la Universidad de Cundinamarca y las instituciones educativas públicas y privadas del municipio de Girardot.

Para el logro de los objetivos de la unidad se cuenta con el personal idóneo para la atención de esta población, los cuales están en la capacidad de prestar el servicio y brindar consejería de pareja y planificación familiar, consejería preconcepciones, atención a gestantes y madres adolescentes, autoexamen de seno y testículo, toma de citología, servicios de capacitación y educación en salud, formación de líderes en cuidado sexual, formación en autocuidado sexual y mejoramiento de los riesgos en salud pública el sector hotelero y sitios de lenocinio a la población adolescente y joven de la universidad de Cundinamarca y las instituciones educativas públicas y privadas del municipio de Girardot.

5.2.1 Aspectos éticos para el desarrollo del trabajo. La unidad amiga de los adolescentes y jóvenes, cuenta con un manual de los aspectos éticos y legales en la prestación del servicio en el cual se retoman como: son:

Dentro de estos es importante retomar y citar el consentimiento y asentimiento informado teniendo en cuenta que son menores de 14 años y de 18 años y requieren de un manejo especial citado en el manual de la unidad amigable.

5.2.1.1 Resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Titulo 1. Disposiciones Generales

Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

Artículo 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

Artículo 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

Ley 911 de 2004. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 Por la cual se dictan disposición en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

- ❖ Declaración de principios y valores éticos.
- ❖ Del acto de cuidado de enfermería.
- ❖ Fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería.
- ❖ Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica.
- ❖ De la responsabilidad del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud¹⁵.

Ley 1098 De 2006 – Código De Infancia Y Adolescencia. De este Código de Infancia y Adolescencia se resaltan los siguientes artículos:

“Derechos de protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: Numeral 3. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización”¹⁶.

¹⁵

https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

¹⁶ Código de infancia y adolescencia.

“Obligaciones de la familia. La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes: Numeral 14 Prevenirles y mantenerles informados sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales”¹⁷.

“Obligaciones complementarias de las instituciones educativas. Los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para: Numeral 7. Prevenir el tráfico y consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas que producen dependencia dentro de las instalaciones educativas y solicitar a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instalaciones educativas”¹⁸.

Funciones de la Policía Nacional para garantizar los Derechos de los Niños, las Niñas y los Adolescentes. Numeral 4: Adelantar labores de vigilancia a fin de controlar e impedir el ingreso de los niños, las niñas y los adolescentes a los lugares de diversión destinados al consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y hacer cumplir la prohibición de venta de estos productos¹⁹.

5.3 MARCO TEÓRICO

Para responder a las preguntas planteadas en este trabajo, se hizo necesario, apoyarnos; en teorías, escritos ,normatividad vigente tanto nacionales como internacionales que establecen las relaciones, del adolescente, su familia y su entorno social; para preservar sus derechos como personas y los cuidados que el estado debe propiciar y, sobre todo en la experiencia acumula de la autora del proyecto, de las enfermeras que la han acompañado en la proeza y estudiantes de Enfermería que han hecho sus prácticas en Unidad Amigable.

Los determinantes de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto individual, histórica, como socialmente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OMS, 19 a 21 de octubre de 2011). Se han elaborado varios modelos a fin de mostrar los

¹⁷ Código de infancia y adolescencia.

¹⁸ Código de infancia y adolescencia.

¹⁹ Código de infancia y adolescencia.

mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales de la salud influyen en los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de política. Algunos modelos influyentes son los propuestos por Laframboise- Lalonde (1974), Dahlgren y Whitehead (1991) (Whitehead, 1992), Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead, (2001) (Evans T, Whitehead M, Diderichsen, F, et al, 2001), Mackenbach (1994) (Kunst, 1994), y Marmot y Wilkinson (1999) (Marmot M, 1999). Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visibles las maneras en que los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los derechos humanos han podido fundamentarse también desde una ética del amor propio o del cuidado de sí (Foucault, 1986), en la que cobra importancia el sujeto como soberano de sí y de sus asuntos, siendo el autocuidado objeto de cuidado.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 2005, representa un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública, dado que los principios que se consagran en ella se fundamentan en las normas que rigen el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades individuales, a la vez que considera los derechos de las generaciones futuras; el documento introduce una mirada no antropocéntrica al considerar a los seres humanos como parte integral de la biosfera; reconoce que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación desde el paradigma mecanicista, sino que requiere el concurso de otros paradigmas más holísticos y hace un llamado a elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y tecnología contribuya a la justicia y la equidad²⁰.

5.3.1 Determinantes sociales según la Organización Mundial de la Salud. Es importante tener en cuenta las circunstancias en que las personas nacen, crecen,

²⁰ <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, para elaborar y realizar los planes en salud de la población objeto. Las causas parten de las circunstancias que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas de cada país; estas explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria

Esta propone tres recomendaciones generales que son:

La primera. Mejorar las condiciones de vida cotidianas

- ❖ Equidad desde el principio
- ❖ Entornos saludables para una población sana
- ❖ Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno
- ❖ Protección social a lo largo de la vida
- ❖ Atención de salud universal

La segunda. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

- ❖ La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales y del acceso a éstos.

La tercera. Medición y análisis del problema

- ❖ La acción sobre los determinantes sociales de la salud, será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces.

Determinantes sociales propios de las gestantes adolescentes. Las determinantes sociales son dos. Las condiciones socioeconómicas; las condiciones de vida y entorno familiar estas son:

Condiciones socioeconómicas. Varios autores consideran que la relación entre embarazo adolescente y pobreza debe leerse en forma inversa; no es el embarazo adolescente el que por sí mismo perpetua la pobreza, si no que las condiciones

sociales, económicas y culturales son las principales causas de una maternidad temprana (Adaszko, 2005; Pantelides, 2004; Eastern, 1997), en este sentido, se critica el énfasis en la problematización del embarazo adolescente cuando no se cuestionan las estructuras de desigualdad y vulneración en las que están inscritas las jóvenes y adolescentes, señala que las posibilidades de formación educativa y éxito laboral en esta población solo mejorara con la modificación de tales estructuras.

Condiciones de vida y entorno familiar.

Entre los aspectos familiares que promueven el embarazo adolescente se mencionan “Limite estrecho familiar, cuando hay una restricción excesiva del adolescente; “negligencia paterna”, en el caso de padres poco interesados en la educación y cuidado de su hija; “Padres ausentes del hogar” y “Familia poco acogedora”, entendida como aquella que establece una dinámica disfuncional que no cubren las necesidades afectivas del adolescente, como las familias en que existen conflictos entre los padres (Baeza W. y otros, 2007) así como dificultades entre la comunicación directa y honesta (51

y otros, 2000), según Flórez (2005), los factores más contribuyentes con el clima educativo familiar, la escolaridad materna, el antecedente de fecundidad en adolescencia en la familia, la agresión física familiar, el estado civil de la madre y el nivel de supervisión por padres²¹.

5.4 MARCO CONCEPTUAL

La adolescencia, es otro período del desarrollo humano, se caracteriza por la transición, de niño a una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, en donde su mayor ganancia, es el desafío a las normas determinadas por los adultos, por eso se le conoce comúnmente como la etapa de la “rebeldía” una de estas razones es que ellos o ellas no se sienten niños o niñas, pero tampoco los adultos les dan los espacios necesarios, para interactuar con ellos porque los ven como pequeños.

ADOLESCENCIA: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la

²¹ Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años.

edad adulta. Por lo tanto, se considera que las decisiones que en esta etapa se tomen serán decisivas para el futuro del individuo.²² La adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 a 13 años): biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

ADOLESCENCIA MEDIA (14 a 16 años): es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

ADOLESCENCIA TARDÍA (17 a 19 años): casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

ADOLESCENTE: por su parte la OMS (2015) considera como adolescentes a los jóvenes de 10 a 19 años. Por su parte, la Ley para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, considera como adolescentes a las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.²³

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 se señala que la salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad.

²² http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

²³ <http://laopcion.com.mx/noticia/110298>

EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ: es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia.²⁴

EMBARAZO: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

GESTANTE ADOLESCENTE: embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad–comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

EMBARAZO NO PLANEADO: es el embarazo que ocurre en una mujer o en una pareja que esta(n) económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada(os) por su pareja y/o familia para el cual no han adquirido una madurez física ni psicológica.

VULNERABLE: que puede ser herido o dañado física o moralmente:

DESERCIÓN ESCOLAR: por deserción escolar se entiende el abandono del sistema educativo por parte de los alumnos, provocado por una combinación de factores que se generan, tanto en la escuela como en contextos de tipo social, familiar e individual.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.

²⁴ <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

PROYECTO DE VIDA: es un plan trazado, un esquema vital que encaja en el orden de prioridades, valores y expectativas de una persona que como dueña de su destino decide cómo quiere vivir.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: aquél en el cual se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. Parto: Es definido como el conjunto de fenómenos.

5.5 TEORÍA DE MADELEINE LEININGER

Como la intervención del cuidado de Enfermería, para este caso parte de los aspectos culturales del adolescente y su familia, se abordó con el respaldo de la teoría Madeleine Leininger, la cual propone formar personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno por lo cual es importante respetar los valores y creencias que tiene cada persona en los hábitos de crianza de sus hijos. Es importante que los estudiantes de Enfermería acojan y respeten estas creencias y también es fundamental explicar a cada adolescente y su familia que algunas costumbres no son apropiadas las cuales se deben explicar de forma respetuosa y con criterios entendibles para las adolescentes y su familia debido a que la mayoría de estas madres adolescentes están acompañadas de su familia y son participes de la crianza de los lactantes.

Además es importante enfatizar a la familia que la llegada de un nuevo miembro no es la terminación de los proyectos de vida de cada adolescente, que por lo contrario estamos en una sociedad donde se fortalece diferentes medios y estrategias para que puedan continuar con sus objetivos y así tener mejor calidad de vida para la adolescente y su hijo.

5.6 APLICACIÓN DE LA TEORÍA EN RELACIÓN CON LA ENFERMERA-PACIENTE-FAMILIA

El trabajo en la unidad amigable con las madres adolescentes de Girardot, es realizado conjuntamente con la adolescente, familia, enfermera y estudiantes de Enfermería, para brindar un cuidado integral a la puérpera, recién nacido y/o lactante y así ejecutar un plan de cuidados holístico, para mejorar y prevenir complicaciones durante el postparto.

Resulta esencial que el profesional de Enfermería, este lo suficientemente preparado para responder de manera integral a las necesidades de los adolescente

y su familiares, para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de Enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades físicas y sociales, espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado. La enfermera deberá descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente para hacer uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con el respeto que debe caracterizar la ética del cuidado.

A las personas se les debe preservar su procedencia cultural y la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto es un principio fundamental de la teoría de Leininger, por eso al planear el cuidado de Enfermería hay que tener en cuenta que puede establecerse tres tipos de cuidados: enfermeros presentación; mantenimiento de los cuidados culturales; adaptación y negociación de los cuidados culturales.

Si bien el programa trabaja con los diagnósticos de la NANDA, al abordar el cuidado planeado se respeta el contexto de la adolescente y su familia, sus costumbres y prácticas tradicionales de vida y de cuidado, acompañando el proceso de adaptación que requiere el grupo o persona para replantear sus cuidado o en algunos casos se debe negociar desde la necesidad del cuidado y la explicación de la condición de salud y del riesgo para replantear los hábitos de vida y prácticas de cuidado.

5.7 PROCESO DE ENFERMERÍA

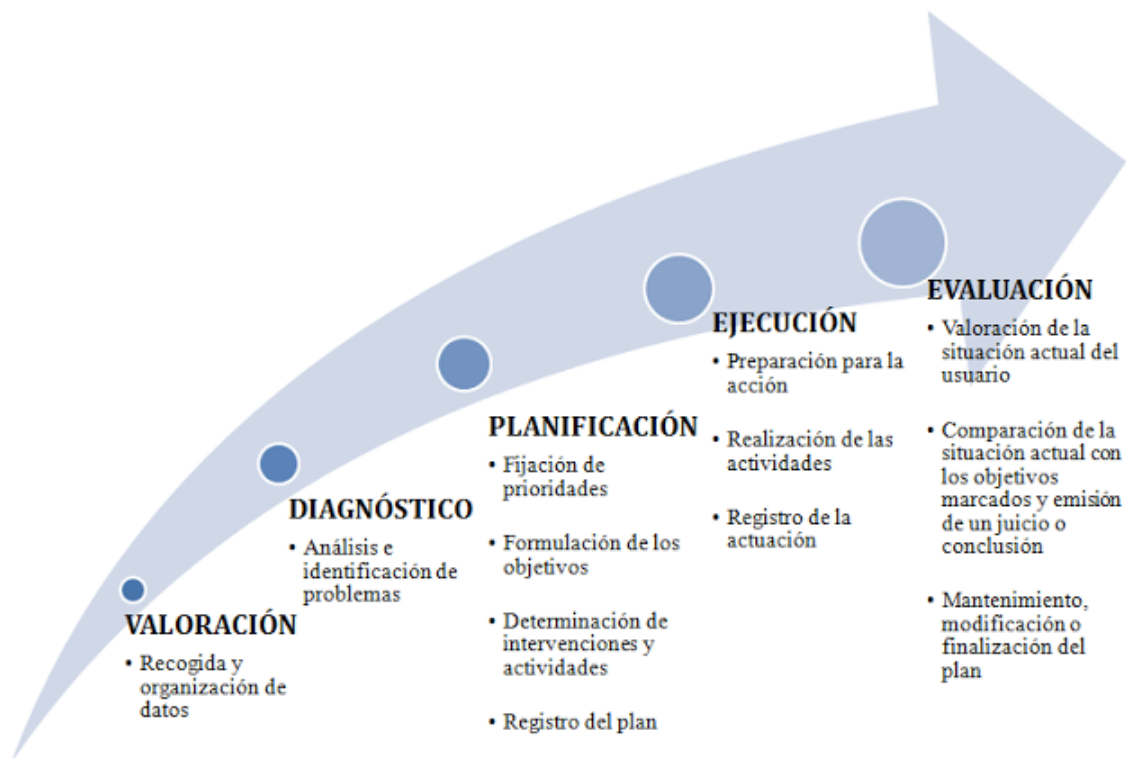
El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en la Práctica Asistencial de la Enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PAE) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y otros autores más.

El PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya en la puesta en práctica las etapas se superponen.

El cuidado de Enfermería es utilizado en la unidad amigable, como el mejor método para realizar los planes de cuidado y la educación que se les debe brindar a cada una de las madres adolescentes, para prevenir cualquier causa que puede alterar la salud de las puérperas. Además de facilitar la sistematización de la información y ser la base para la orientación del cuidado a la adolescente. Para una mayor comprensión de este se presenta un esquema del mismo a continuación.

Figura 1. Fases o etapas del proceso de atención de enfermería.



Ley 100 de 1993 A partir de la ley 100 se reglamentó esta con nuevos, Acuerdos, Decretos y Resoluciones. Las más recientes sobre promoción y prevención son el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y la Resolución 412 de 2001 del Ministerio de Salud.

Es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Adaptadas y Transformadas y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 1995. Además en esta se establece, que las instituciones mencionadas deben

inducir la demanda de estos servicios, debido a que los usuarios no los solicitan espontáneamente.

Esta Incluye, las actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo; ellas son:

- ❖ Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- ❖ Atención preventiva en salud bucal
- ❖ Atención del parto.

6. MANUAL OPERATIVO MODALIDAD RECUPERACIÓN NUTRICIONAL CON ÉNFASIS EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS

Los primeros mil días de vida del ser humano que comprenden la gestación y los dos primeros años de vida por lo cual la Unidad Amigable de la Universidad de Cundinamarca realiza la visita al niño y se continua con seguimiento para evaluar el crecimiento y desarrollo y así valorar su condición de vida lo cual es una oportunidad para prevenir y atender la desnutrición, considerando que es este periodo donde se presenta el mayor crecimiento físico y el desarrollo cerebral, de ahí que todas las intervenciones en salud, nutrición, alimentación y aspectos socio-familiares, tendrán más impacto cuando se ofrecen en este tiempo, contribuyendo a una adecuada nutrición de la población y por consiguiente en el capital humano.

La modalidad de atención de recuperación nutricional con énfasis en los primeros 1.000 días, está dirigida a la población de mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia de bajo peso, así como a los niños y niñas menores de dos años con desnutrición, contemplando acciones de complementación alimentaria, educación alimentaria y nutricional de la población usuaria y sus familias y seguimiento nutricional, con el fin de lograr el mejoramiento de su estado nutricional y promover hábitos de alimentación adecuada, partiendo del compromiso de la familia, la comunidad y el Estado.

Teniendo en cuenta el enfoque diferencial como un método de análisis, actuación y evaluación, que reconoce inequidades, riesgos y vulnerabilidades, a fin de lograr una atención que se adecue a cada uno de los grupos poblacionales y que garantice el pleno ejercicio de derechos. Son poblaciones sujetas de atención diferencial los grupos étnicos, personas con discapacidad y los grupos de género.

6.1 SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

6.1.1 Identificación de la población sujeto de atención. La población beneficiaria puede ingresar a la modalidad, remitidos desde los Centros Zonales o Regionales del ICBF de cada departamento, o identificados y remitidos por:

- ❖ Instituciones de salud - Brigadas de salud
- ❖ Programas institucionales
- ❖ La Red contra la extrema Pobreza – Red Unidos
- ❖ Centros de Recuperación Nutricional
- ❖ Equipos móviles del ICBF: Unidades móviles, Unidades de apoyo, Equipos móviles de protección Integral y Unidades de Apoyo y Fortalecimiento Familiar - UNAFAS.
- ❖ Gestores comunitarios

- ❖ Plan de atención y mitigación del riesgo de desnutrición
- ❖ Líderes comunitarios o autoridades tradicionales de los pueblos indígenas
- ❖ Líderes de los consejos comunitarios de los pueblos afrocolombianos.
- ❖ Otros

Una vez el operador identifica la población beneficiaria, verifica que cuente con los siguientes documentos: documento de Identidad, afiliación al SSSS y carnet de vacunación; cuando no se cuente con algunos de estos documentos, el operador realizará las gestiones pertinentes para su obtención. Así mismo, deberá verificar que la mujer gestante esté activa en los controles prenatales y los niños y niñas en el programa de crecimiento y desarrollo.

Identificación de población en situación de desnutrición de un área determinada a través de la toma de la circunferencia media del brazo y/o toma de peso y talla y su interpretación.

6.1.2 Población Objeto de Atención.

- ❖ Mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional
- ❖ Madres en periodo de lactancia con bajo peso <-3 según percentil y que conserven el apetito y mantengan buenas condiciones de salud.
- ❖ Niños y niñas de 6 a 24 meses con peso bajo para la edad o desnutrición global, peso bajo para la talla o desnutrición aguda ≥ -3 a <-2 según percentil.
- ❖ Niños y niñas de 6 a 24 meses con riesgo de peso bajo para la talla ≥ -2 a <-1 según percentil. En los casos en que se requiera la atención de niños y niñas entre 2 a 5 años, se podrán ingresar una vez se envíe la justificación respectiva por parte de la Regional a la Dirección de Nutrición para su aprobación. Los criterios de población objeto de atención son:
 - ❖ Niños y niñas de 2 a 5 años con peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa* < 3 que conserven el apetito y mantengan buenas condiciones de salud.
 - ❖ Niños y niñas de 2 a 5 años con peso bajo para la talla o desnutrición aguda ≥ -3 a <-2 .
 - ❖ Niños y niñas de 2 a 5 años con riesgo de peso bajo para la talla ≥ -2 a <-1 según percentil. Nota: Lo niños y niñas focalizados que presenten desnutrición aguda

severa deben ser remitidos inmediatamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para su respectiva valoración, tratamiento y estabilización. Una vez sea estabilizado por el sector salud, puede ser ingresado a la modalidad. Esta misma indicación se aplicará para la mujer gestante en el caso de presentar un peso muy bajo para su edad gestacional. El profesional en nutrición de los centros zonales deberá velar porque la población usuaria de la modalidad cumpla con los criterios de población objeto de atención. Las concurrencias permitidas para esta modalidad serán aquellas cuyo complemento alimentario aporte menos del 30%, de la recomendaciones de energía y nutrientes para este grupo de población.

Priorización los criterios en su orden son:

- ❖ Mujeres adolescentes gestantes con bajo peso para la edad gestacional en el primer o segundo trimestre.
- ❖ Mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional en el primer o segundo trimestre.
- ❖ Niños y niñas menores de dos años de edad con desnutrición aguda y desnutrición aguda severa.
- ❖ Madres en periodo de lactancia con bajo peso (con niños y niñas menores de 6 meses).

Es importante que el operador deber realizar búsqueda activa permanente para focalizar la población y coordinar con el sector salud para que se realice remisión y contra remisión de los casos que ameriten la intervención por parte de las dos instancias, de manera que se garantice una atención exitosa y oportuna. 1 .4. Requisitos para el ingreso: Para la inscripción de la población beneficiaria a esta modalidad se solicitará:

- ❖ Copia del documento de identificación del usuario (Registro Civil, Numero Único de Identificación Personal – NUIP, Cedula de Ciudadanía). Si por alguna razón no se dispone de él, se ingresará con el documento de la madre, padre o cuidador/a según el caso, seguido del número consecutivo de acuerdo al lugar de orden del niño o niña en el grupo familiar.
- ❖ Copia del carnet de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS).
- ❖ Copia del documento de identidad de la madre, el padre y/o cuidador/a en el caso de los niños y niñas menores de dos años.

❖ Copia del carnet de vacunación, carnet de controles de crecimiento y desarrollo para los niños y niñas menores de dos años y carnet de control prenatal para las mujeres gestantes.

❖ Si el beneficiario/a ha sido remitido por alguna institución de salud u otra entidad, se solicitará la remisión respectiva que evidencie la necesidad del ingreso a esta modalidad. Nota: En el evento en que no se tenga disponible alguno o la totalidad de los documentos anteriormente descritos en el momento del ingreso, se hará el proceso de inscripción con una valoración inicial por parte del profesional en nutrición y se hará el compromiso con el beneficiario para que en la próxima sesión

La determinación del bajo peso en madres en periodo de lactancia menores de 18 años se realizará con el patrón de referencia de la resolución 2121 de 2010, con el indicador IMC/E; para mujeres mayores de 18 años, se utilizará la valoración por IMC y puntos de corte definidos por la Organización Mundial de la Salud –OMS para la población adulta. 2 Puntos de corte para cada indicador definidos en la Resolución 2121 de 2010

7. METODOLOGÍA

Este trabajo está dirigido a las madres adolescentes del municipio de Girardot/ Cundinamarca, abordadas en su entorno rural y/o urbano en busca de conservar la privacidad, trabajar con los recursos que ella posee y de mejorar las prácticas de cuidado de la adolescente, su hijo y pareja y/o familia con quien vive y con los recursos que posee.

La metodología utilizada para trabajar con las adolescentes esta direccionada mediante el proceso de búsqueda de todas las madres puérperas del municipio a través de todas las bases de datos proporcionadas por las diferentes E.P.S y las que remite la secretaria de salud del municipio, realizando un proceso de selección de estas adolescentes, las cuales se localizan mediante su dirección y número de teléfono para así iniciar con la visita domiciliaria.

Por lo anterior es un trabajo de campo con enfoque cuasi experimental, permitiendo una interacción directa con el binomio madre e hijo, lo que facilita realizar un acompañamiento y valoración de los mismos, lo cual nos permite identificar factores de riesgo mediante la observación directa en las prácticas de cuidado, entorno y el planteamiento de su nuevo proyecto de vida y propiciar métodos los cuales incentiven a las adolescente a continuar con su proyecto de vida; Además este acompañamiento permite direccionar a la adolescente y su hijo a recibir una atención oportuna cuando se identifiquen signos de alarma que afecten el bienestar del binomio.

Se utiliza una estrategia etno-metodológica; debido a que esta permite la interacción de las enfermeras con el entorno social de la adolescente, de una manera individualizada y facilita la interpretación de la influencia de su entorno en su estilo de vida y la orientación del cuidado a partir de los recursos que posea.

Es un estudio longitudinal prospectivo basado en registros individuales de la experiencia personal de cada adolescente durante su periodo de gestación, Post-parto, puerperio y lactancia materna.

7.1 POBLACIÓN

Mujeres adolescentes de (13 A 21 años de edad) en periodo de gestación, parto, puerperio y lactancia hasta dos años de edad del bebe.

Para el año 2017l a secretaria de salud reporto 381 nacidos vivos.

Las bases de datos condensan 567 y con datos completos 291 adolescentes en gestación y puerperio.

Cuadro 1. Total de gestantes, puérperas y lactantes reportadas y valoradas.

VALORACIÓN I PA 2017	
PERIODO ACADEMICO IPA 2017	VISITAS EFECTUADAS
VISITAS NUEVAS GESTANTE	72
VISITAS NUEVAS PUERPERAS	84 (85 RN)
SEGUIMIENTOS	15
VISITAS FALLIDAS	18
TOTAL: 189 VISITAS	

7.2 MUESTRA

Adolescentes gestantes y puérperas 250 reportadas por las EPS de la secretaria de salud de la ciudad de Girardot.

7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.3.1 Técnicas.

- ❖ Ubicación de las usuarias. por medio de las bases de datos se obtienen los datos pertinentes.
- ❖ Llamadas telefónicas: para ubicación y confirmación de la visita.
- ❖ Visita Domiciliaria. Permite tener contacto directo con el entorno social y familiar de las adolescentes y de esta manera poder determinar la influencia de este contexto en las condiciones de vida.

❖ Entrevista. Facilita guiar una conversación directa entre el entrevistador y la adolescente y/o familia donde se realizan preguntas de diversos grados de formalidad logrando obtener datos, opiniones, ideas, experiencias entre otros. Esta técnica apoya la recolección de la información requerida en la valoración de enfermería.

❖ Valoración de Enfermería. Por medio de la cual se realiza la valoración física y emocional, social y espiritual de la gestante, puérpera y lactante, logrando identificar las necesidades de cada una de ellas para plantear el cuidado de enfermería y ejecutar las actividades planeadas a partir del mismo.

❖ Proceso de Atención de Enfermería. Con la aplicación del Proceso de Enfermería, se logra identificar las necesidades de las adolescentes, de manera individual y de esta manera plantear las actividades e intervenciones que se requieren para realizar de manera adecuada e integral el acompañamiento a las jóvenes y a su pareja y/o familia.

7.3.2 Instrumentos.

Se han definido para los registros de los hallazgos el instrumento de Valoración y seguimiento a la puérpera, recién nacido y su núcleo familiar, consentimiento informado, plan de cuidados de Enfermería y hoja de registro para el seguimiento.

❖ Instrumento de valoración a la adolescente Gestante: Documento seccionado en forma secuencial iniciando con datos de identificación, aspectos socio-demográficos, seguidos por datos necesarios durante la gestación para cada patrón funcional según M. Gordon y, valoración obstétrica a la gestante. Para el presente periodo se incluye los antecedentes personales y familiares, algunos ítems sobre la sexualidad y, se actualiza el formato teniendo en cuenta la guía de práctica clínica prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo y parto (grafica de evaluación de la embarazada según índice de masa corporal y escala de clasificación de riesgo biopsicosocial prenatal). (Ver anexo No 1.)

❖ Instrumento de valoración a la adolescente Puérpera: Este formato cuenta con un diseño similar al instrumento de valoración a la adolescente gestante, dividido en datos de identificación, antecedentes socioeconómicos, obstétricos, personales y familiares, por patrones funcionales de M. Gordon, haciendo énfasis en el periodo de puerperio, una descripción de las condiciones generales del sector de residencia de la adolescente. (ver anexo No 2.)

❖ Formato ficha de Valoración al Recién Nacido: Como el RN es un individuo que solo se comunica a través de facies, movimientos corporales o el llanto, la principal

fuente de información subjetiva es su madre, teniendo en cuenta esto el documento se encuentra seccionado de la siguiente forma: identificación básica, datos antropométricos y de inmunización al momento del nacimiento, medidas antropométricas actuales, seguida de la valoración céfalo-caudal y neurológica con evaluación de reflejos del recién nacido. (ver anexo No 4.)

❖ **Familiograma:** Instrumento de representación esquemática de la familia, para proveer información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Permite valorar la composición familiar (miembros que la componen, resaltando los que viven en el hogar), las relaciones biológicas y legales, las relaciones afectivas, los problemas de salud o causas de fallecimiento y el tipo de ocupación o datos laborales de importancia. (ver anexo No.4)

❖ **Eco mapa:** Instrumento que permite de forma rápida identificar las interrelaciones de la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, es decir, da información sobre la red extra familiar de recursos. Nutrición, abrigo, protección, salud, sentido de pertenencia relaciones interpersonales, comunicaciones y movilización, educación y enriquecimiento, fuentes de crecimiento espiritual, autonomía y destreza, generatividad. (ver anexo No.5)

❖ **Plan de cuidado de Enfermería:** Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico que - cada persona o grupo de personas - responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Para la organización del plan de cuidado se trabaja con los lineamientos de los diagnósticos de la NANDA. (ver anexo No.6)

7.3.3 Hoja de registro para el seguimiento.

Documento seccionado en forma secuencial iniciando con datos de identificación, aspectos socio-demográficos necesarios para continuar con un estudio específico a cada usuaria, en este documento se registran los datos significativos de las visitas necesarias con el fin de poder brindar un cuidado continuo a la gestante, puérpera o recién nacido que así lo amerite, se tiene en cuenta además de los datos personales, las evidencias fotográficas y las firmas de las usuarias y de sus familiares si así se requiere.(ve anexo 7)²⁵.

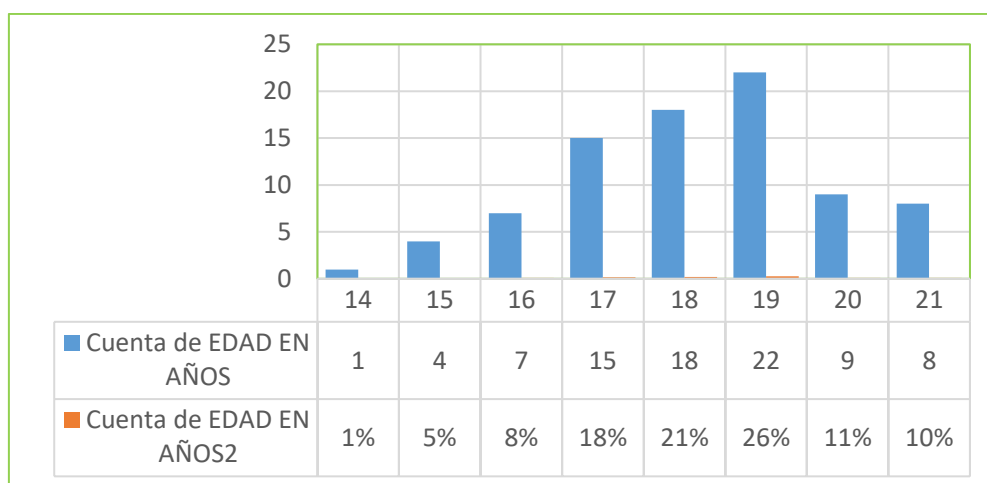
²⁵ Johnson M. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006

8. PROCESO DE TABULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS FORMATOS DE PUÉRPERAS, GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DEL IPA DEL 2017

La organización de los resultados se da siguiendo, las variables del estudio, orientadas en las preguntas de investigación planteadas en cada formato así:

8.1 PUÉRPERAS

Gráfica 1. Edad.

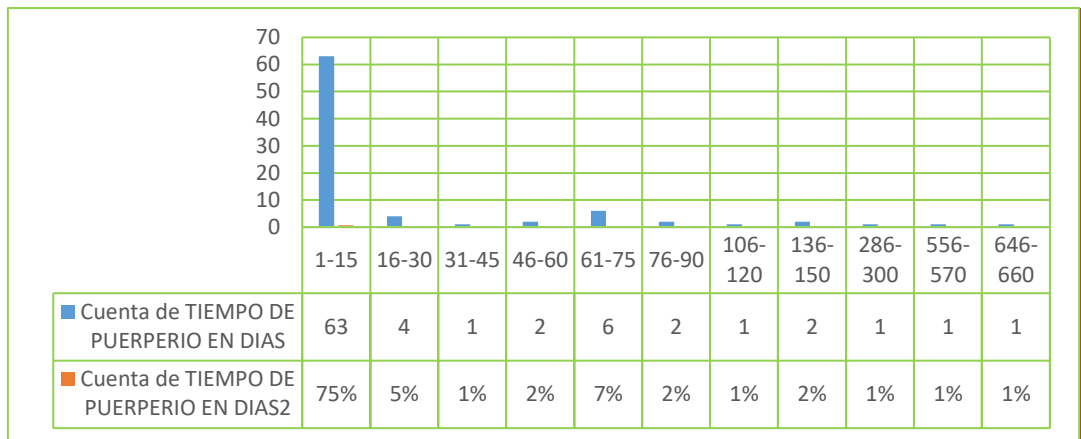


Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: Con relación a la edad se halló que la mínima es de 14 años y la máxima es de 21 años con una media de 19.4, en el grupo de las puérperas, es de resaltar que la media para este grupo de adolescentes y jóvenes es alta teniendo en cuenta que el seguimiento es por dos años con el fin de evitar el embarazo subsecuente, evitar el bajo peso en el menor y unos hábitos alimenticios saludables. Si consideramos el grupo poblacional hasta los 19 años, la media estaría en 17.6 años para el grupo de lactantes adolescentes.

Al contrastar estos datos con los del 2016 se encuentra que la edad mínima y máxima es igual a la del 2017, con una media de 17,04, persistiendo la edad media para las mujeres lactantes lo que permite ingerir q la edad media de la gestación correspondería a 16.3 meses dato obtenido de las 104 puérperas valoradas para este año, manteniendo el objetivo de evitar embarazos subsecuentes en estas madres adolescentes.

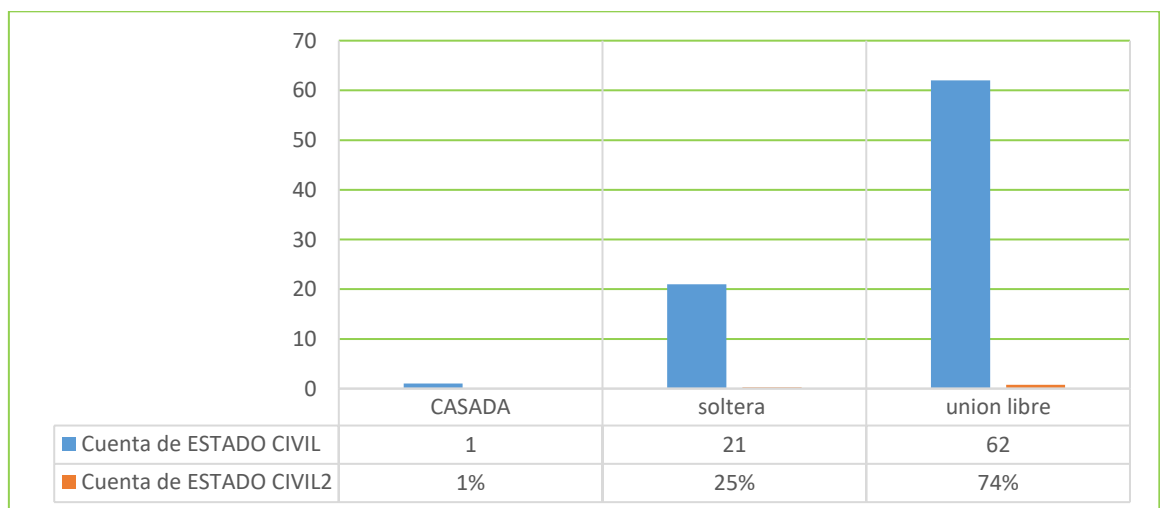
Gráfica 2. Tiempo de puerperio.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017.

Análisis: En relación con el puerperio se evidencia que en el resultado final anual del 2016 en cuanto a los días del posparto, se captaron 104 puérperas de las cuales 36, (34,6%) se encuentran entre 1 y 30 días; para el IPA del 2017 de 84 puérperas valoradas; 63 (75%) se encontraron entre 1 y 15 días, lo cual nos indica que estas madres adolescentes son valoradas en su puerperio tardío por lo cual se hace difícil brindar un cuidado oportuno para la puérpera y el recién nacido, siendo esto fundamental ya que la gran mayoría de las madres desconocen los cuidados pertinentes para este periodo de su vida, conllevando a futuras complicaciones de salud en ella y en el recién nacido.

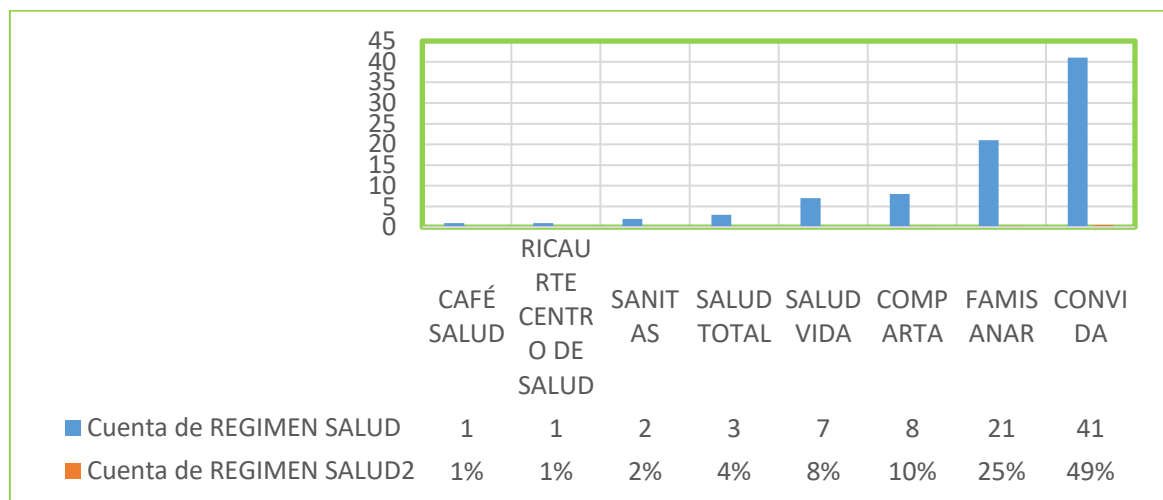
Gráfica 3. Estado Civil.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: En relación con el estado civil se evidencia que de las 104 puérperas valoradas en el año 2016; 76 (73,1%) viven en unión libre para el IPA del 2017 de las 84 puérperas valoradas 62 (74%) también optan por esta relación, la razón de este resultado según las encuestadas nos refieren que se sienten muy jóvenes para adquirir esta responsabilidad y sus parejas no se comprometen porque no se sienten seguros de la relación y en cualquier momento se pueden separar.

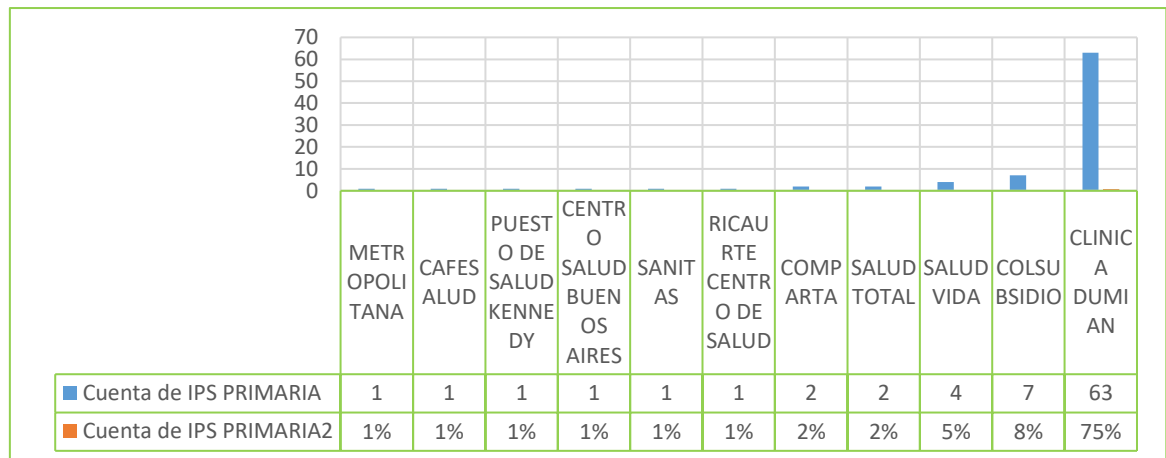
Gráfica 4. Régimen de salud.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: En cuanto al régimen de salud de las 104 puérperas valoradas en el año 2016, 31 (29,8%) están en Convida; para el IPA del 2017 de 84 puérperas valoradas 41 (49%) también se encuentran en esta EPS, a pesar de la dificultad que las puérperas refieren presentar en cuanto a citas, controles, y consulta general se mantienen en esta porque son remitidas de otras EPS, también por el cambio de ciudad o de sitio de trabajo pero su inconformismo es total por las problemas con el servicio a nivel general. Las EPS con menor cobertura son sanidad militar y café salud.

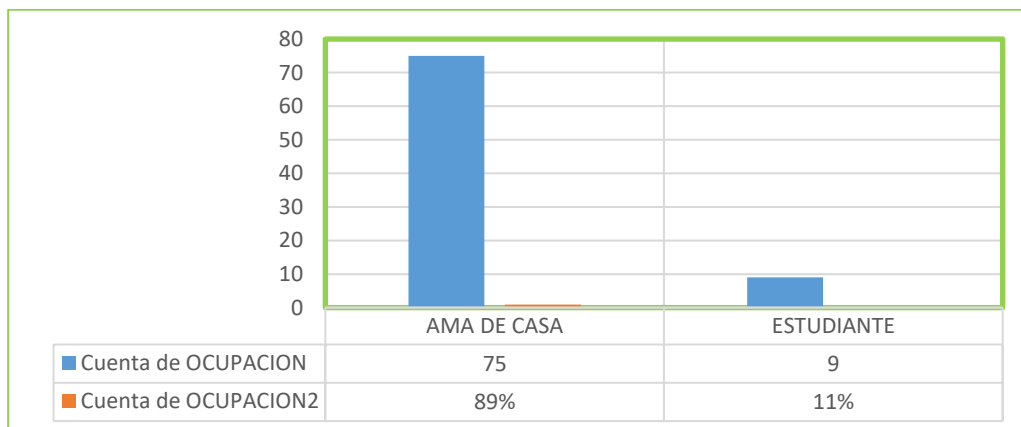
Gráfica 5. IPS Primaria.



Fuente: Base de datos de púérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 púérperas valoradas en el año 2016, 76 (73,1%) la IPS primaria es la clínica Dumian Medical; de igual forma esta IPS se mantiene estable para el IPA del 2017 con 63 púérperas (75%) que refieren estar allí debido a la EPS que actualmente les brindan los servicios que requieren durante su gestación y puerperio. Con menor cobertura metropolitana y Famisanar aunque los conceptos hacia ellas por las usuarias son muy buenas debido al buen servicio que les ofrece actualmente.

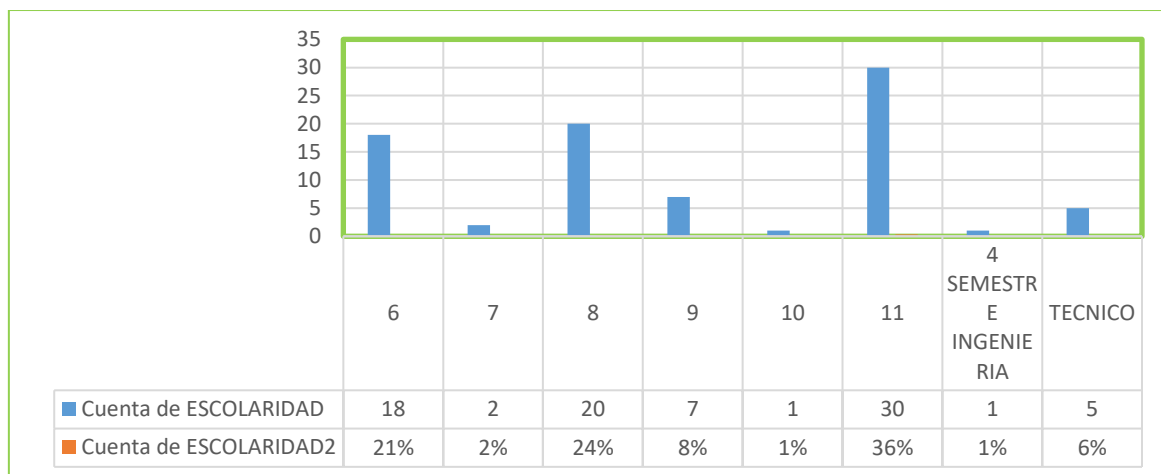
Gráfica 6. Ocupación.



Fuente: Base de datos de púérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el año 2016, 89 (85,6%) son amas de casa; para el IPA la ocupación es la misma con 84 puérperas valoradas de las cuales 75 (89%) refieren dedicarse al hogar por el nacimiento de su hijo (a), otro factor para esta decisión es no tener una profesión con la cual puedan devengar económicamente debido a la edad y su grado de estudio. Se evidencia en la visita que de estas 84 puérperas el 90% se sienten bien estando en casa ya que refieren que su pareja les brinda lo necesario para ella y su bebe.

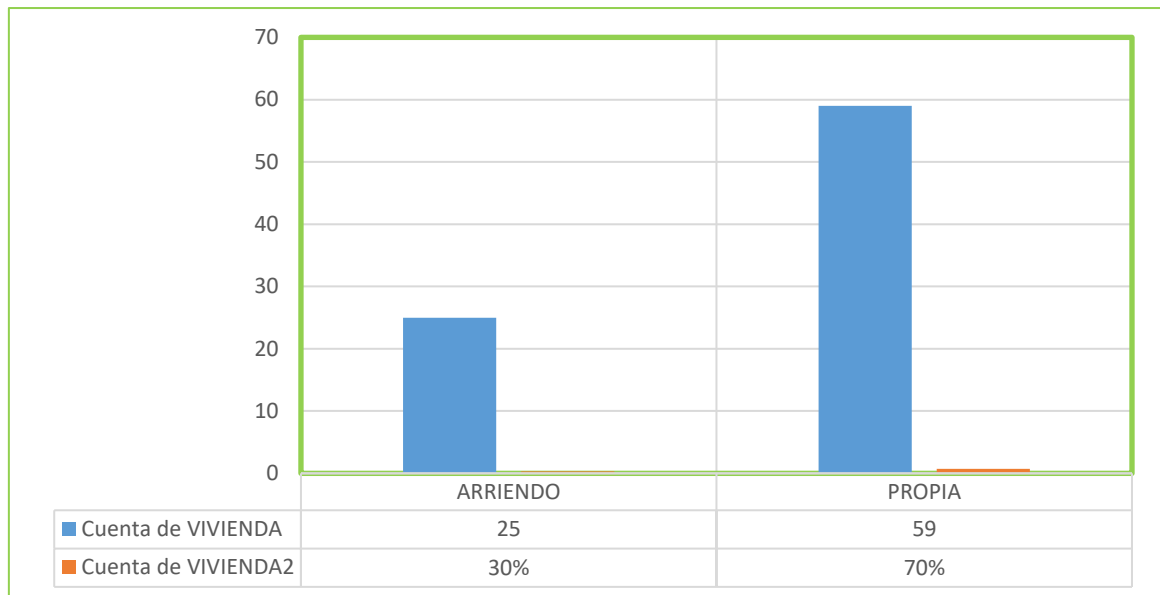
Gráfica 7. Escolaridad.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el año 2016, 89 (85,6%) cursan 11 grado de igual forma para el IPA del 2017 de 84 puérperas valoradas 30 (36%) cursan también 11 grado, se evidencia que las puérperas encuestadas terminaron su bachillerato pero les ha sido difícil continuar con los estudios debido a la parte económica y llegada de su hijo aunque refieren no tener afán por ingresar nuevamente a estudiar pues consideran que su mayor preocupación es su hijo por lo cual deciden aplazar su parte académica.

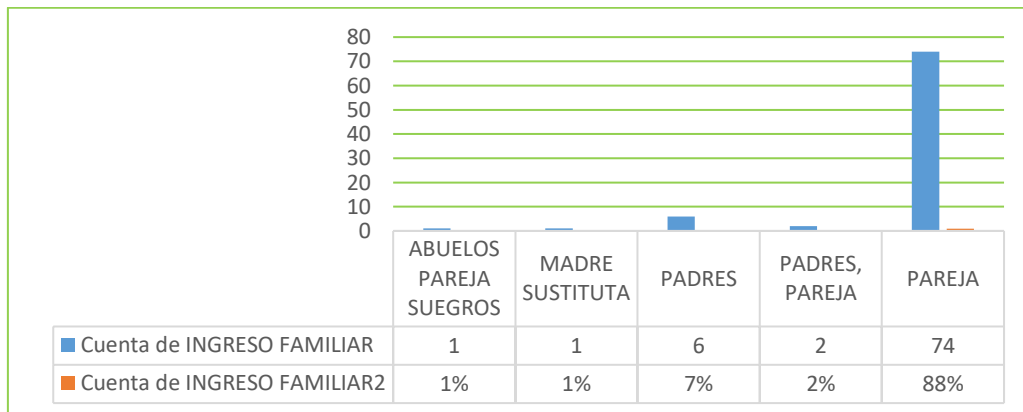
Gráfica 8. Vivienda.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016, 59 (56,73%) cuentan con casa propia perteneciente a la familia extensa para el IPA 2017 de las 84 puérperas valoradas 59 (70%) son beneficiadas con casa propia debido a la ayuda del subsidio y de las inundaciones presentadas a raíz de las lluvias por lo cual se les asigno casa a las personas beneficiadas de estrato 0, 1, 2. Las usuarias verbalizan sentirse con menos responsabilidades ya que no pagan arriendo y cuentan con servicios domésticos viables para su pago.

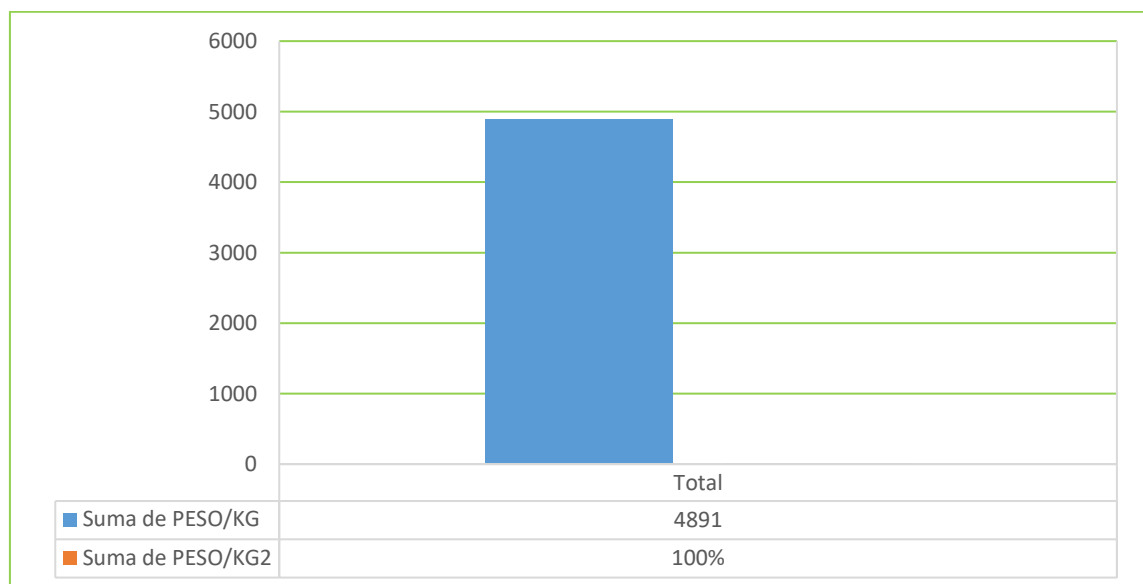
Gráfica 9. Ingreso Familiar.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas visitadas en el 2016, 56 (53,8%) el ingreso familiar, es por parte del esposo; se evidencia que para el IPA del 2017 con 84 puérperas valoradas 74 (88%) el ingreso familiar también lo hace su pareja, razón por la cual las madres adolescentes no ven la necesidad de laborar, estudiar y ser independientes ya que consideran que su mayor prioridad será su hijo.

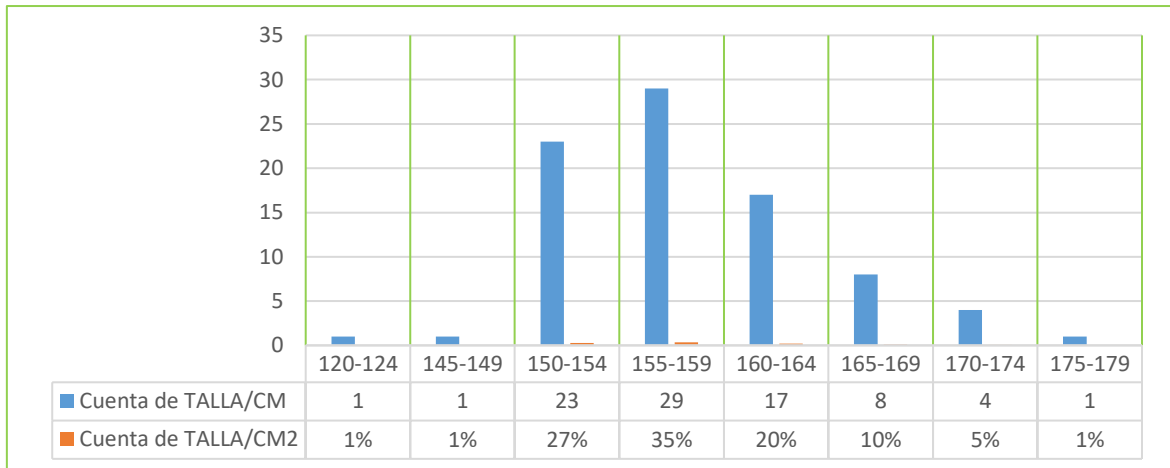
Gráfica 10. Peso.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016, 56 (53,8%) estaban en un peso de 55 a 65 kg encontrándose en un peso adecuado para su edad; para el IPA de 84 puérperas valoradas 74 (88%) se encontraban en un peso entre 50 y 60 KG obteniendo un peso adecuado para su puerperio, esto nos indica que su alimentación a raíz de las visitas domiciliarias anteriores las usuarias han logrado cambiar su estilo de vida en cuanto a su forma alimentaria, disminuyendo el riesgo de obtener problemas cardiacos a futuro.

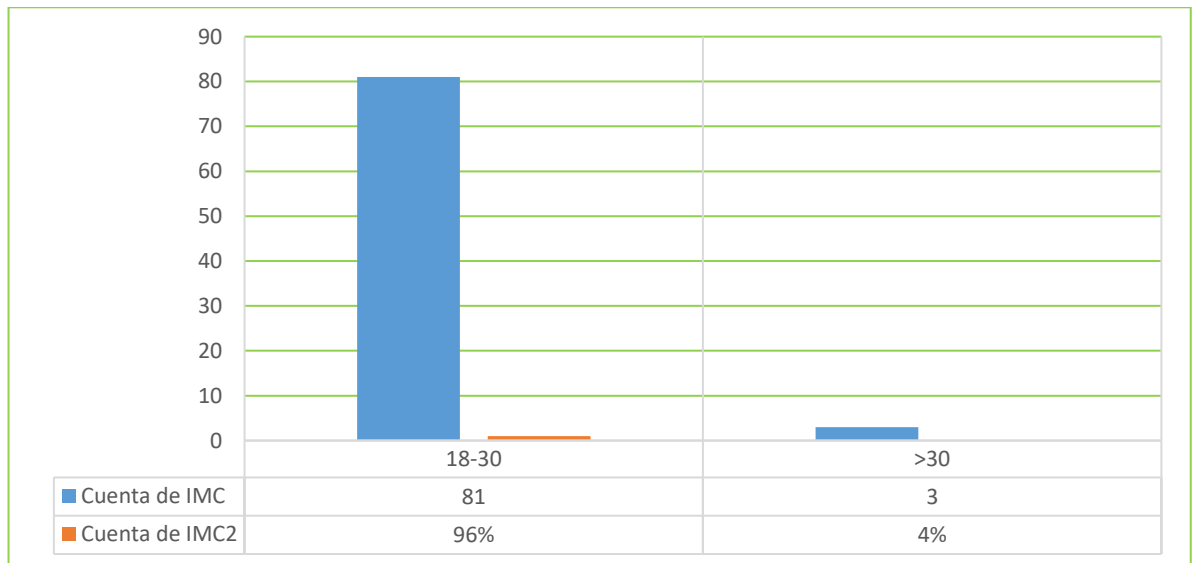
Gráfica 11. Talla.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016, 56 (53,8%) se encontraban en una talla de 1.50 mts y 1.75 mts encontrándose en una talla adecuada para su edad; para el IPA 2017 de 84 puérperas valoradas 74 (88%) se encontraban en una talla de 1.50 y 165 mts obteniendo una adecuada talla para su puerperio.

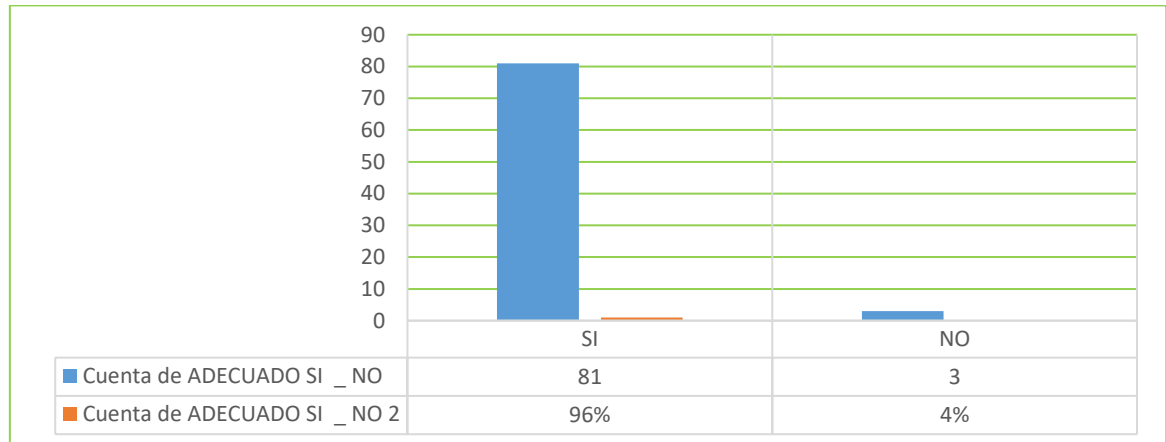
Gráfica 12. IMC.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016; 46 (44,2%) entre 20 y 24 IMC encontrándose en peso normal; para el IPA del 2017 de las 84 valoradas 81(96%) se encuentran entre 18 y 30 de IMC dando como resultado que su peso es el adecuado en el momento, evitándose así el riesgo de sobre peso y obesidad, disminuyendo problemas cardíacos y complicaciones de las mismas a futuro.

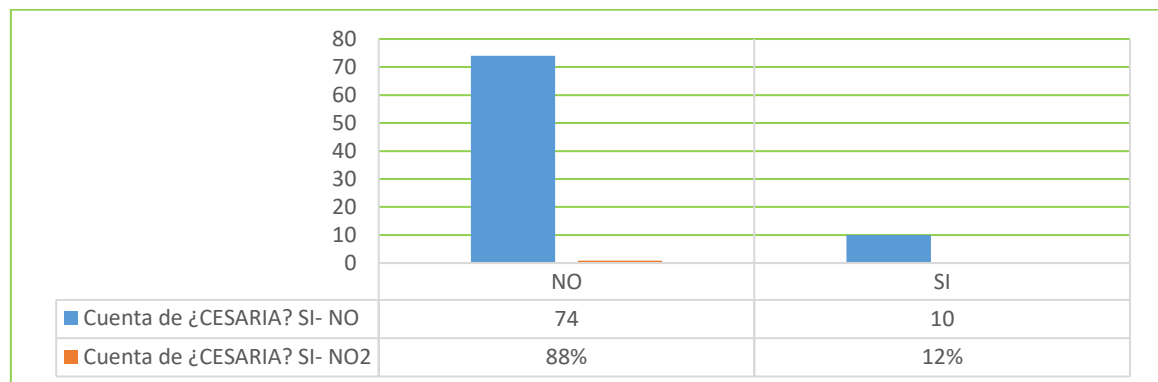
Gráfica 13. Adecuado su IMC.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016; 71 (95,2%) se encuentran en un peso ideal, para el IPA del 2017 de las 84 valoradas 81(96%) también se mantienen en un peso indicado, evitando así el riesgo de sobre peso y obesidad, disminuyendo problemas cardíacos y complicaciones de las mismas a futuro.

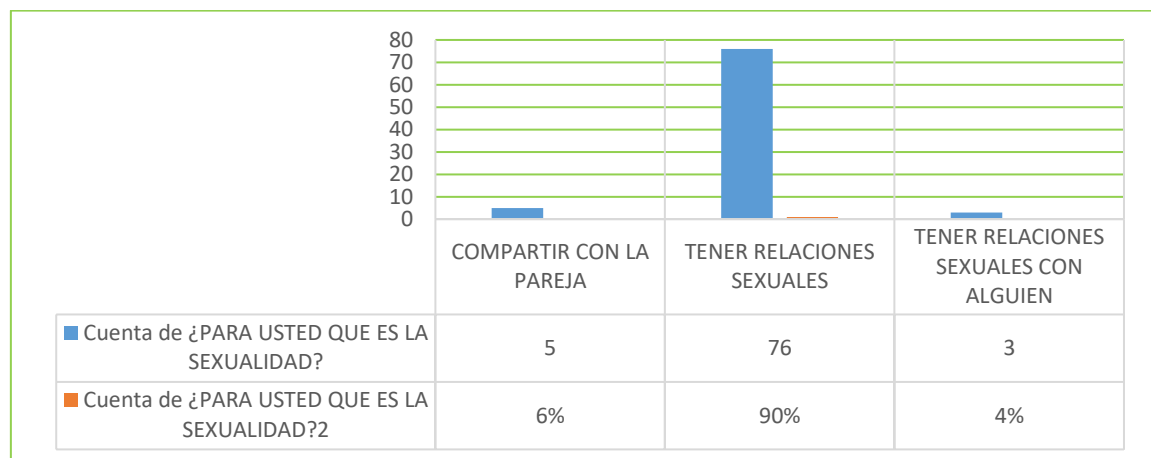
Gráfica 14. Cesárea.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016, 58 (55,8%) no se les realizó la cesárea; las otras 46 (44,2%) si les fue realizada. Para el IPA del 2017 de las 84 puérperas valoradas 70(88%) no se les realizó cesárea, ya que en cada control realizado se educaba a la madre sobre la importancia de un adecuado embarazo con el fin de tener a sus hijos de forma natural, siendo este mensaje captado de forma positiva evidenciándose en los resultados.

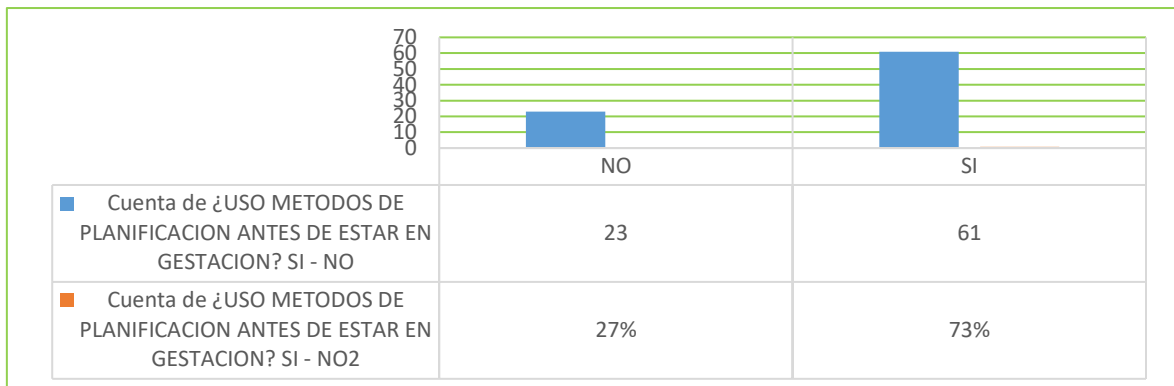
Gráfica 15. Qué es la sexualidad.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas valoradas en el 2016, 77 (74,0%) dijeron tener relaciones sexuales, de las 84, (81/ 96%) encuestadas en el 2017 deciden optar por la misma respuesta pues consideran que la sexualidad es solo la parte íntima de la pareja, aunque reflexionan sobre la educación sobre el significado de sexualidad que se les brinda.

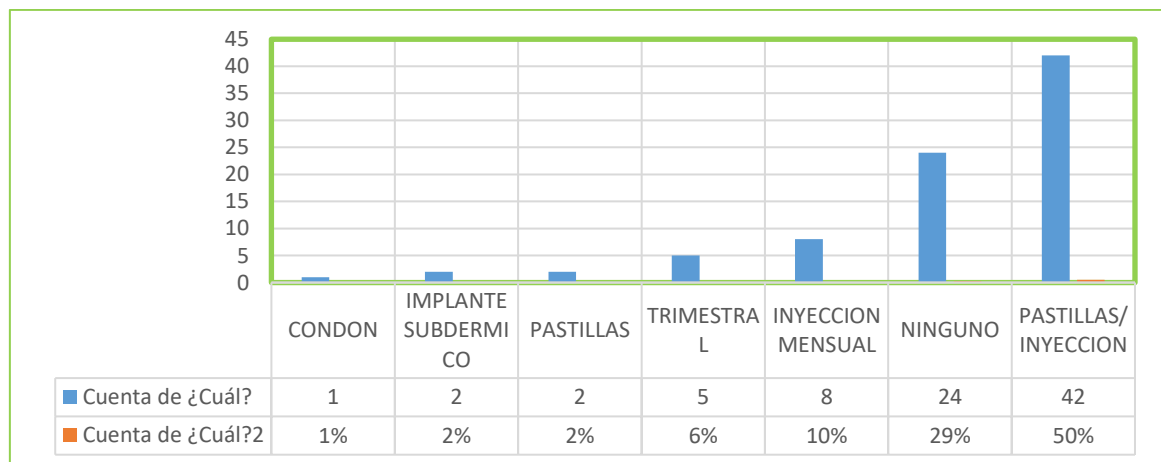
Gráfica 16. Métodos de planificación.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 puérperas visitadas en al año 2016, 93 (89.4%) no planifico, de las 84 puérperas valoradas para IPA del 2017; 61(73%) si utilizo métodos de planificación pero se presentaron fallas sobre el mismo debido a que su conocimiento sobre el método adecuado fue deficiente ya que nos verbalizan que el método elegido les fallo debido a la parte económica, por su EPS, por su responsabilidad y miedo a que la pareja se enterara de que planificaban.

Gráfica 17. Cuál método?

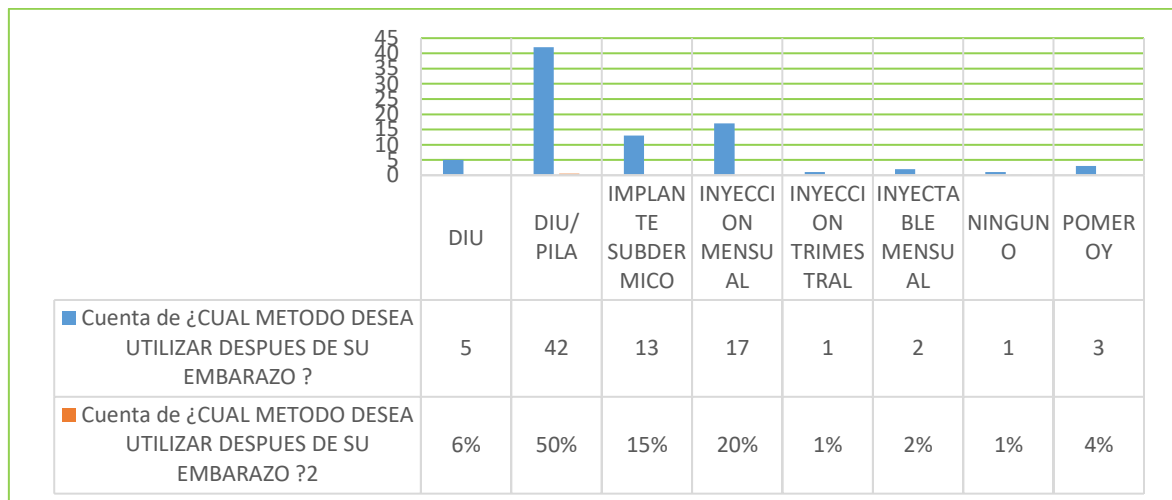


Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: EL método más utilizado fueron las pastillas y la inyección la razón según las encuestadas es porque las podían comprar en las droguerías en caso que su

EPS no se las facilitara, pero por esta misma razón, les sería muy fácil abandonar este método pues no todas las veces tendrían la capacidad económica para adquirirlo, razón por la cual se presentaron los embarazos no planeados.

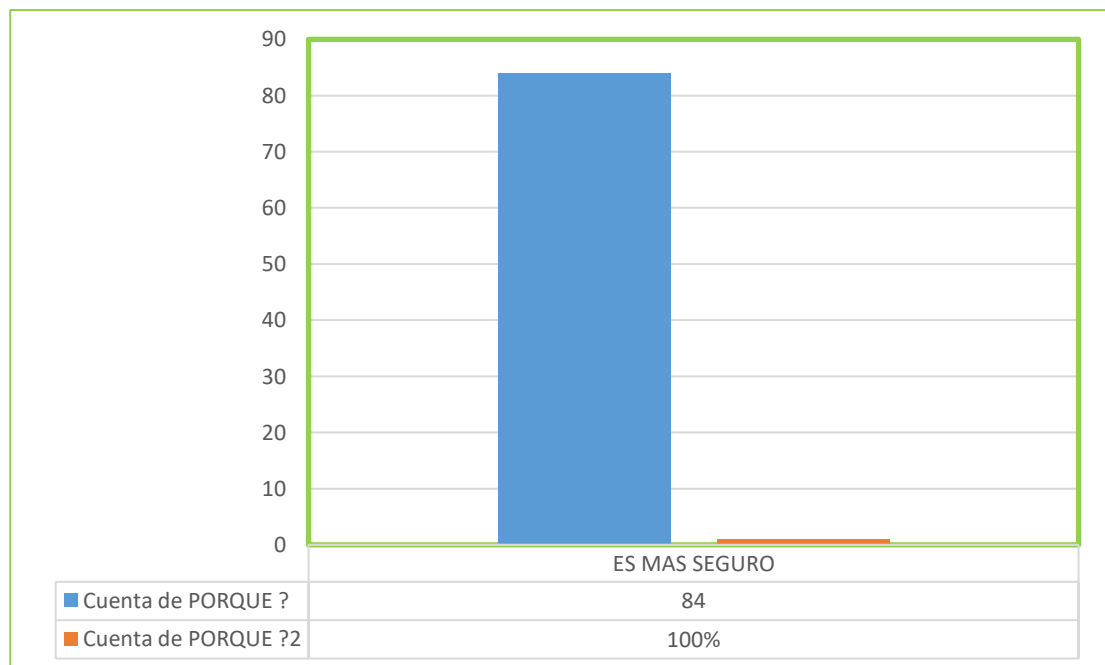
Gráfica 18. Cual método desea utilizar?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 84 puérperas valoradas 42 de ellas desean planificar con el DIU y la pila pues consideran brindarles mayor tranquilidad, en su vida sexual ya que consideran ser los métodos más seguros, con menor riesgo a olvidos, dinero, tiempo, responsabilidad y conocimiento sobre los mismos. Dicen ser métodos que los adquieren solo una vez y no necesitan estar pendientes de su continuidad, evitando con mayor seguridad embarazos no planeados.

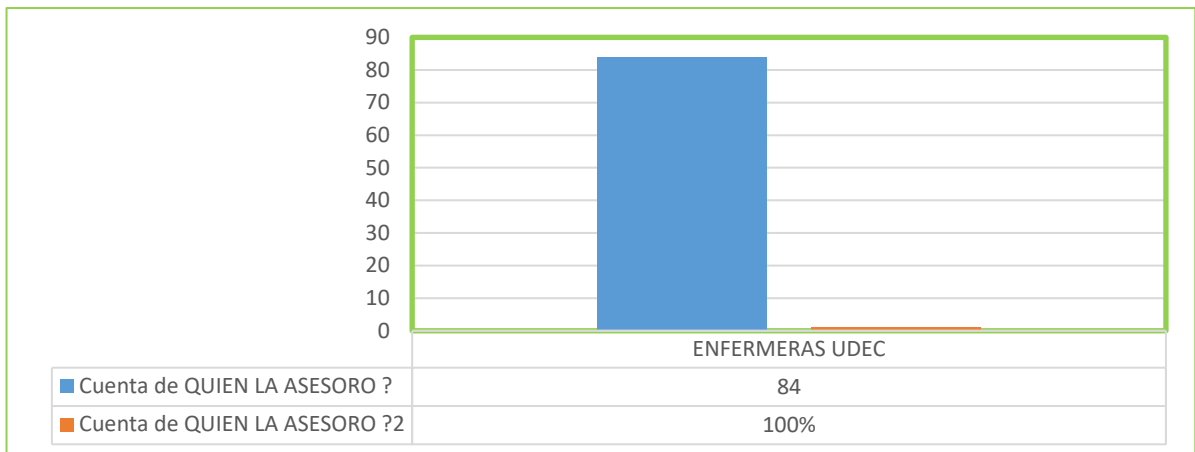
Gráfica 19. ¿Por qué?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 84 puérperas valoradas el 100% consideran que estos métodos son más seguros debido a que representan menor riesgo a olvidos, dinero, tiempo, responsabilidad y conocimiento sobre los mismos. Dicen ser métodos que los adquieren solo una vez y no necesitan estar pendientes de su continuidad, evitando con mayor seguridad embarazos no planeados.

Gráfica 20. ¿Quién la asesoró?

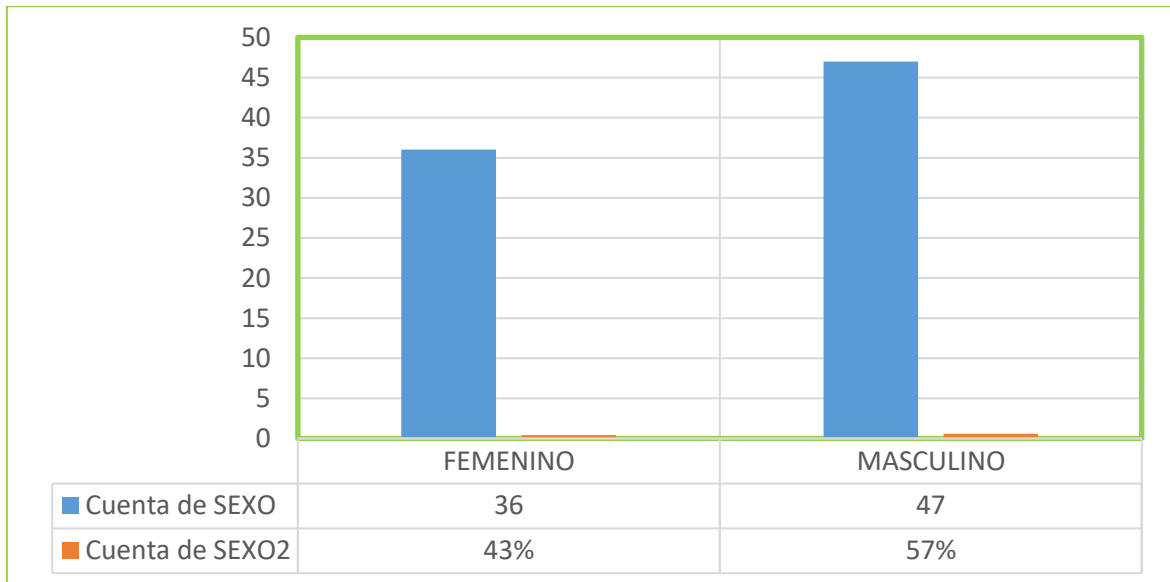


Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 84 puérperas valoradas el 100% consideran que quienes han brindado la información con mayor claridad y mayor tiempo explicando, que son los métodos, para que sirven, carga hormonal, mecanismo de acción. Ventajas, desventajas y cuidados en general son las enfermeras de la universidad de Cundinamarca.

8.2 Recién nacidos

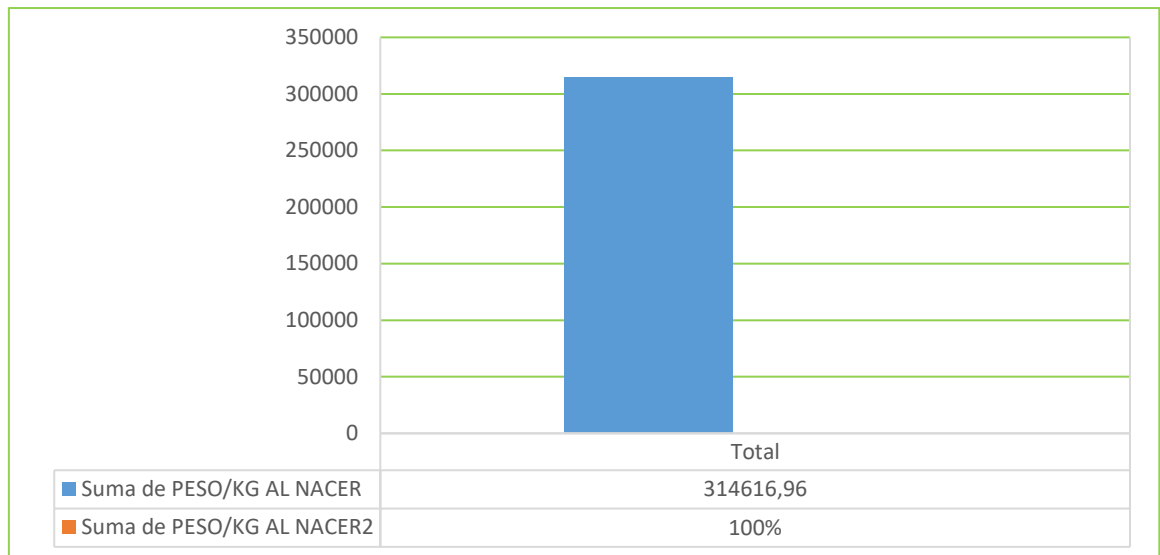
Gráfica 21. ¿Sexo?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: de los recién nacidos en este periodo prevalece el género masculino, aunque los padres refieren inconformidad ya que les hubiera gustado tener niñas, verbalizando ser más casera y de mejor manejo para los papas.

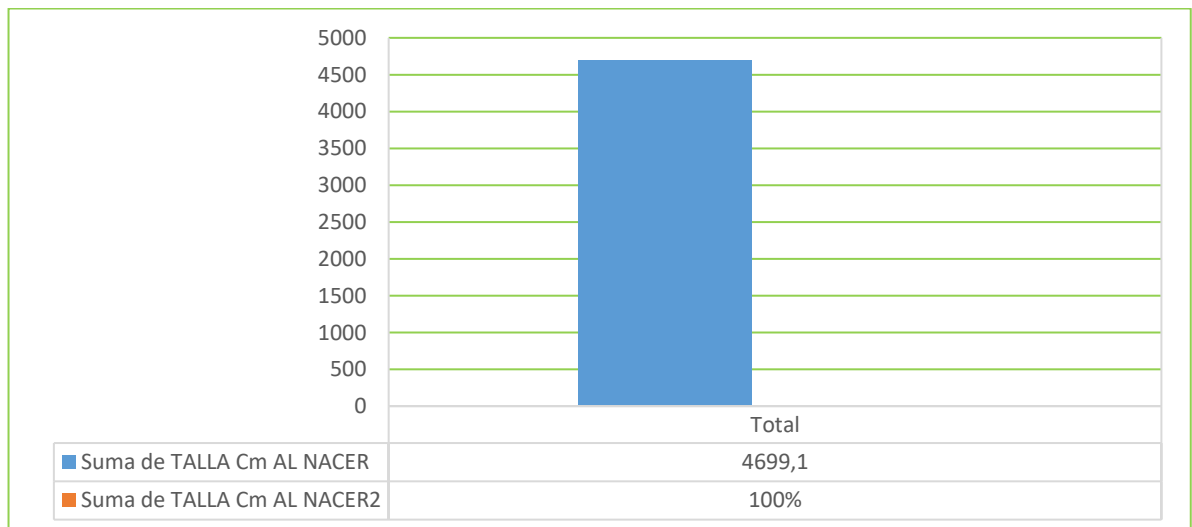
Gráfica 22. ¿Peso?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: de los recién nacidos para este IPA del 2017 todos se encuentran en un peso adecuado el día de la visita domiciliaria, importante este dato ya que no se presentan problemas de obesidad o desnutrición.

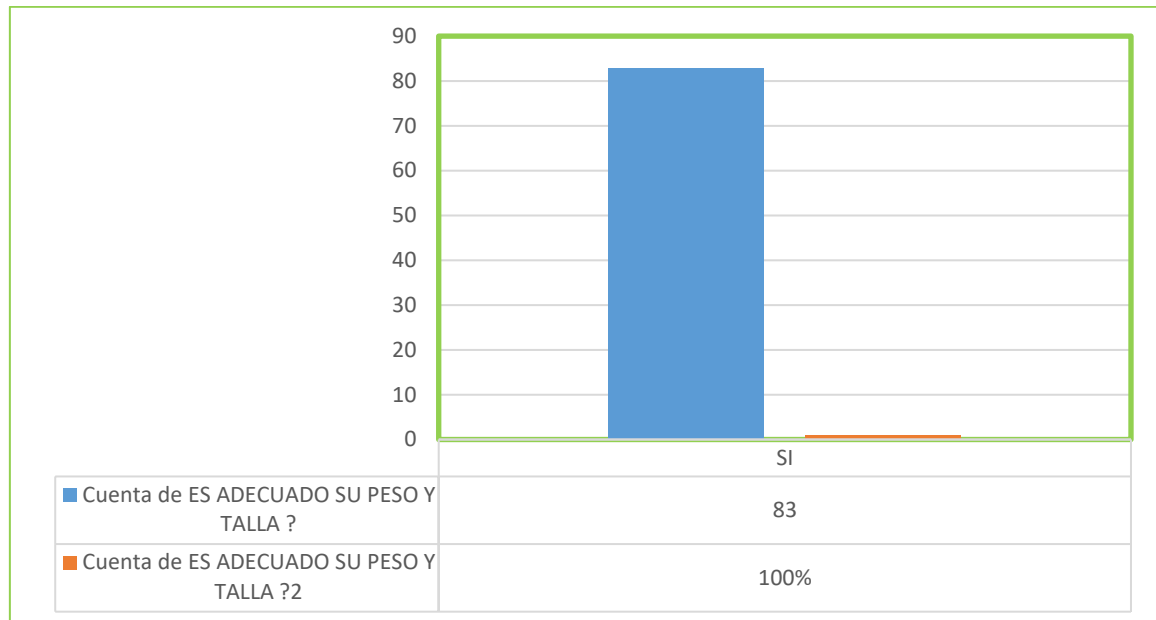
Gráfica 23. Talla al nacer?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: de los recién nacidos para este IPA del 2017 todos presentan una talla adecuada para su edad y peso, siendo esto de importancia ya que ninguno de ellos presenta alteraciones relacionadas con su estatura.

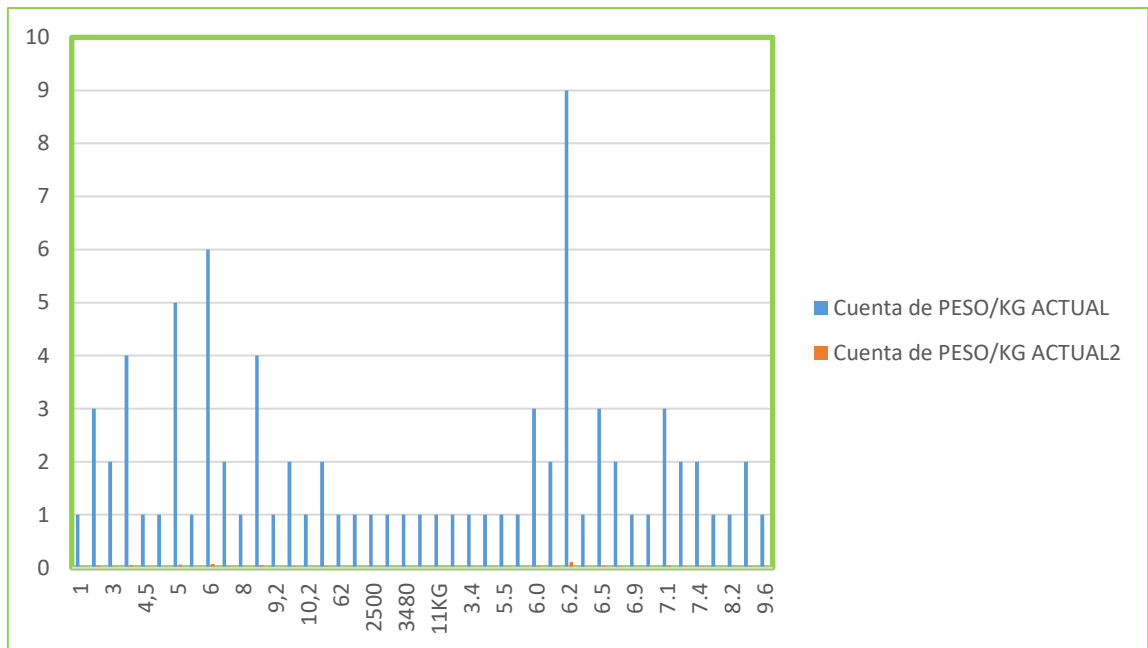
Gráfica 24. ¿Adecuado su peso y talla?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: todos los recién nacidos valorados se encuentran en un peso adecuado hasta el día de la visita domiciliaria.

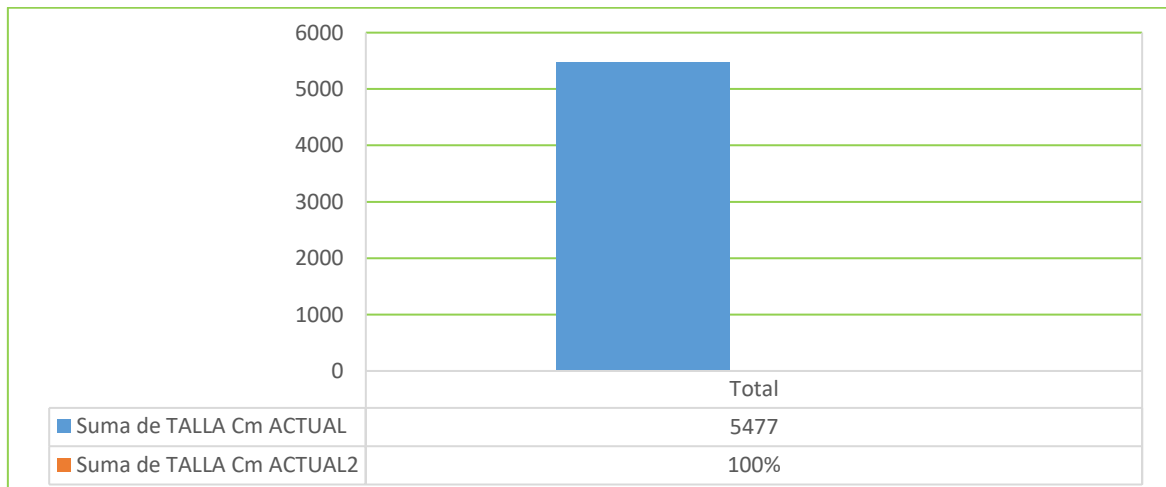
Gráfica 25. ¿Peso actual?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: todos los recién nacidos valorados se encuentran en un peso adecuado hasta el día de la visita domiciliaria.

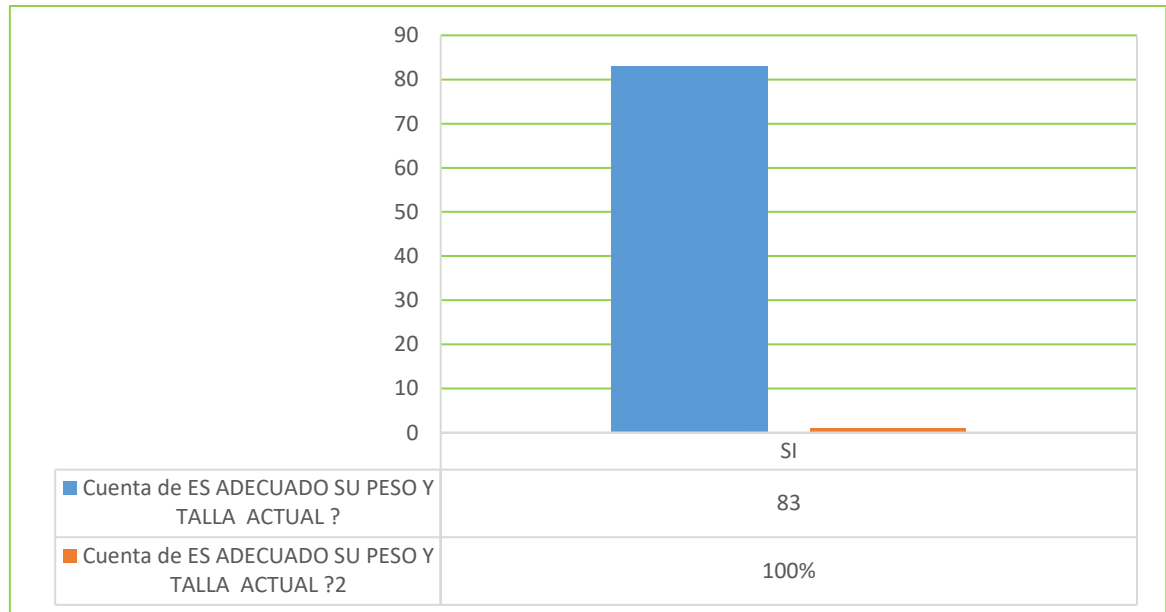
Gráfica 26. Talla Actual?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: todos los recién nacidos valorados se encuentran en una talla adecuada hasta el día de la visita domiciliaria.

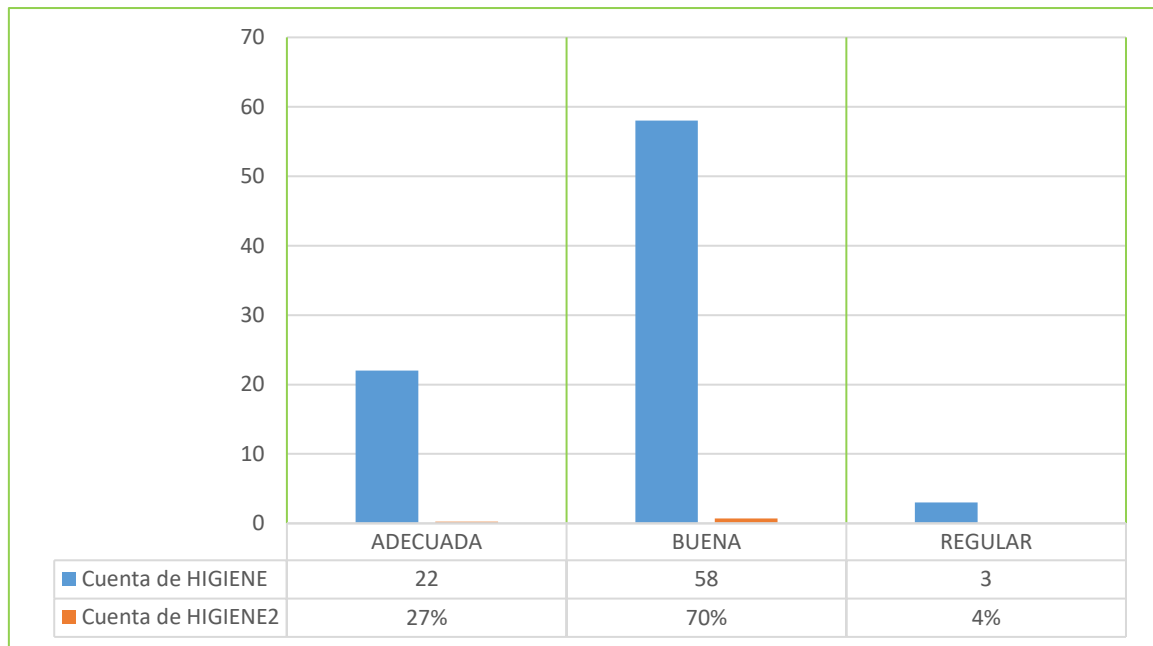
Gráfica 27. ¿Es adecuado su talla y peso?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: todos los recién nacidos valorados se encuentran en una talla y peso adecuada hasta el día de la visita domiciliaria.

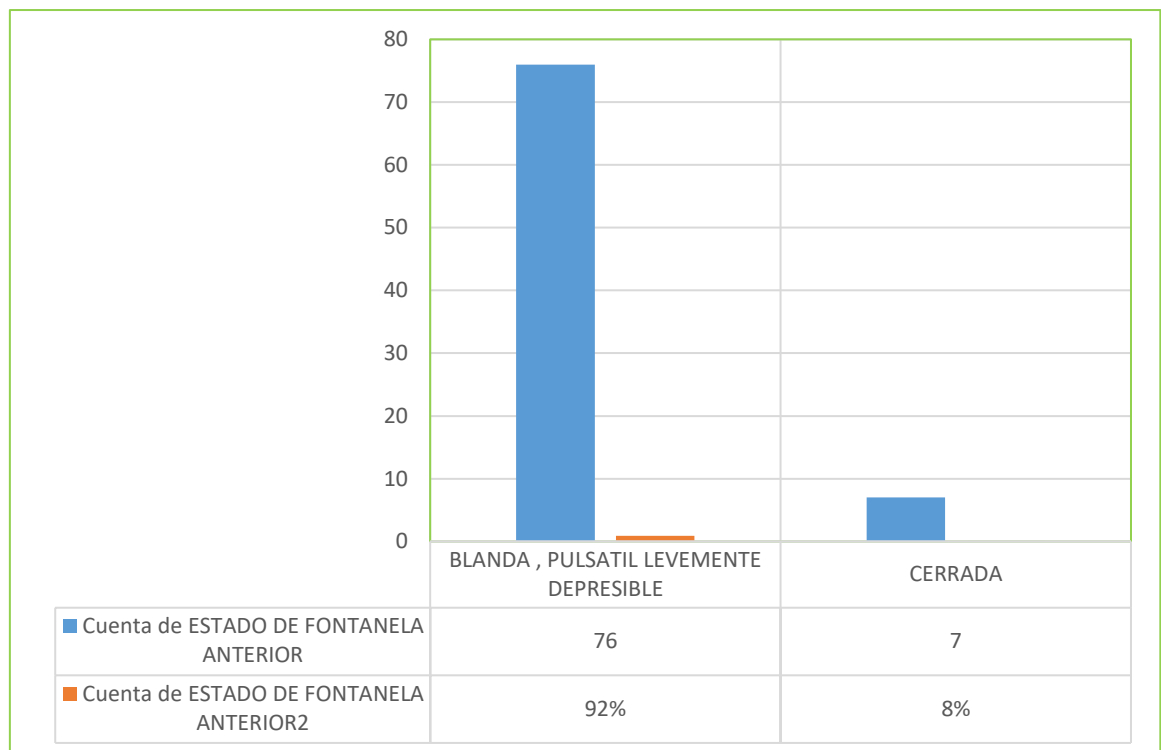
Gráfica 28. ¿Higiene?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: todos los recién nacidos valorados se encuentran en una higiene adecuada hasta el día de la visita domiciliaria.

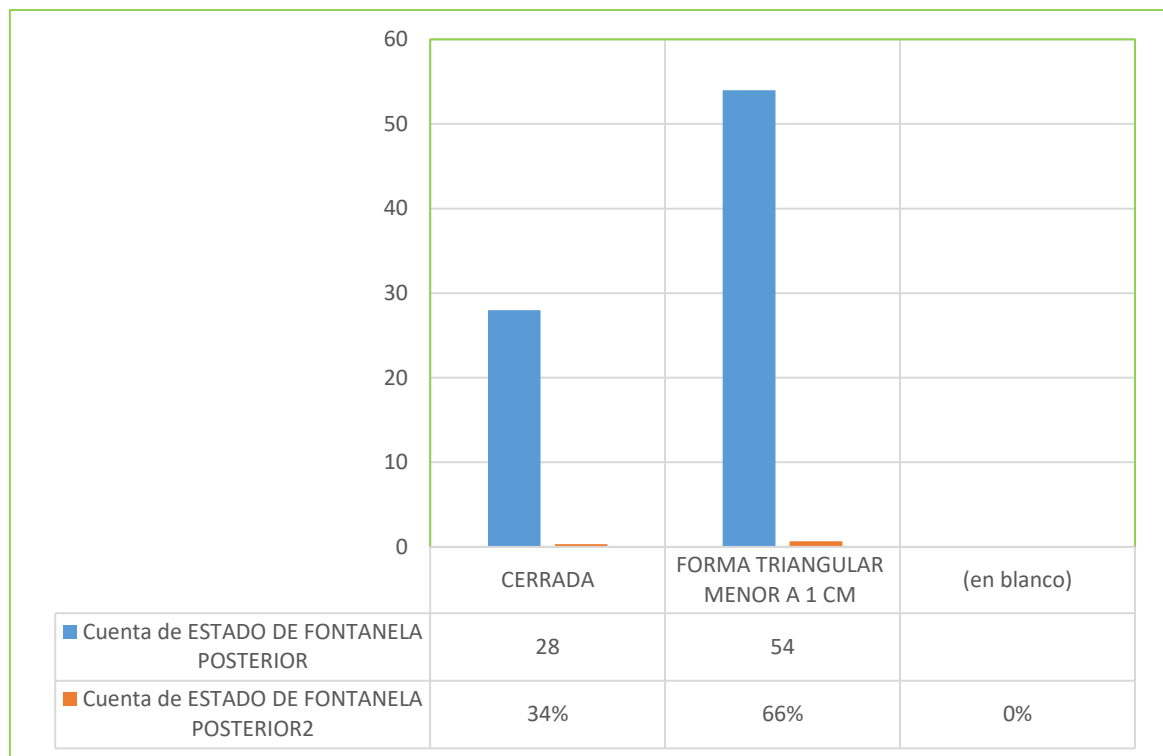
Gráfica 29. ¿Estado fontanela anterior?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017.

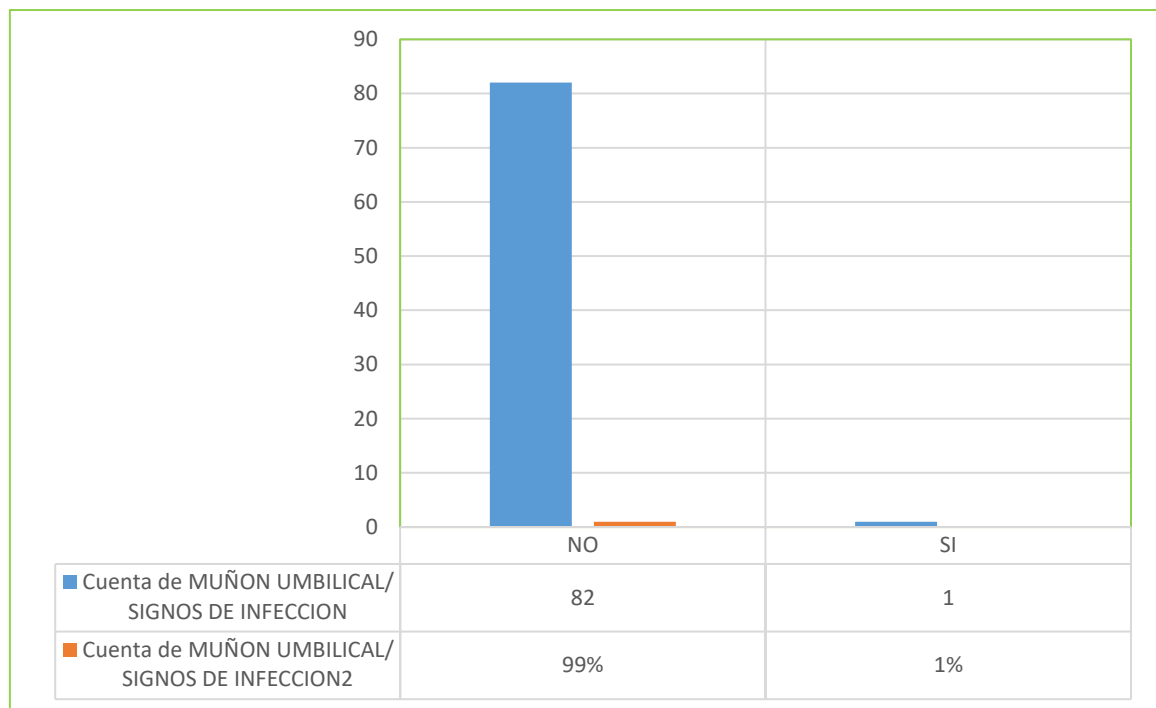
Gráfica 30. ¿Estado fontanela posterior?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

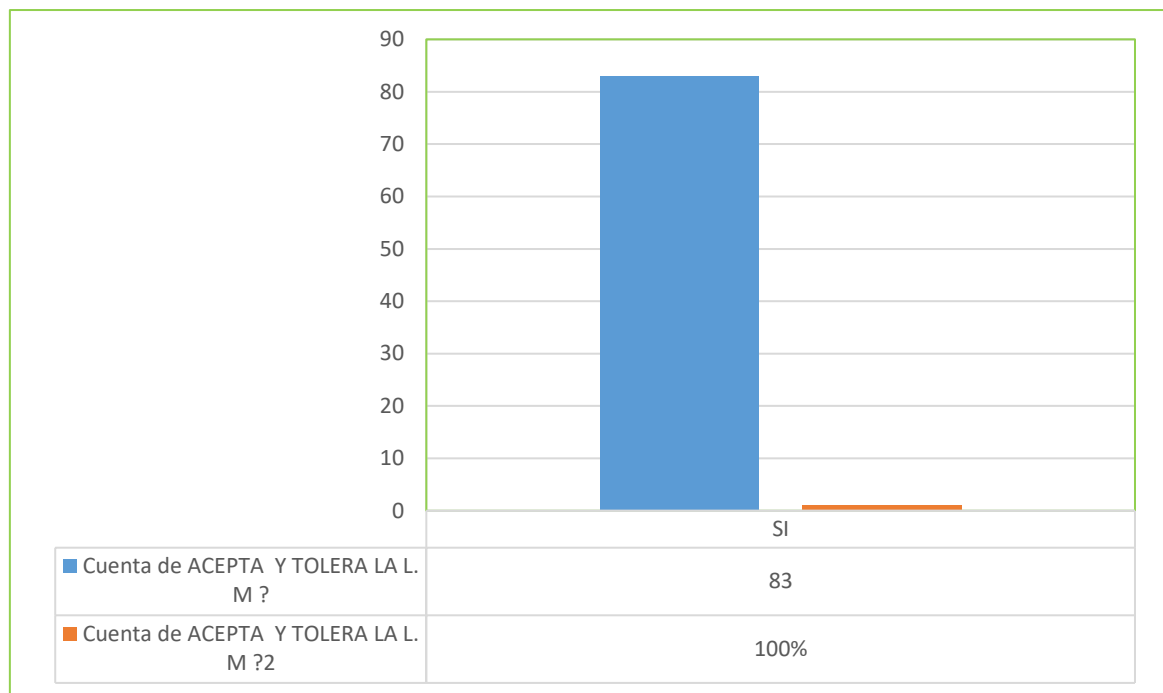
Gráfica 31. ¿Muñón umbilical?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

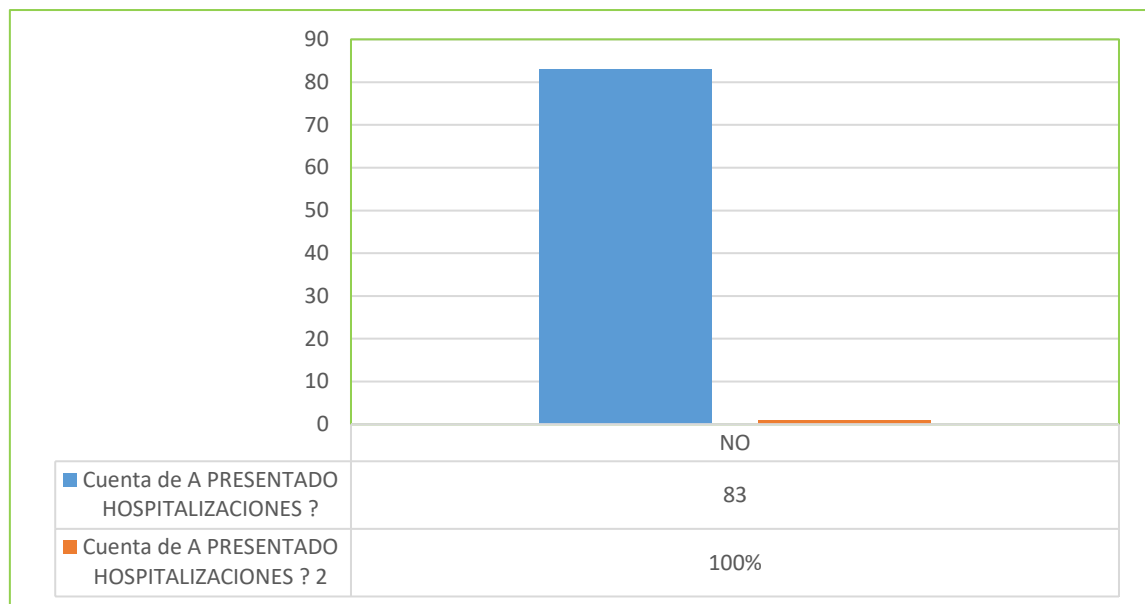
Gráfica 32. ¿Acepta y tolera la L M?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

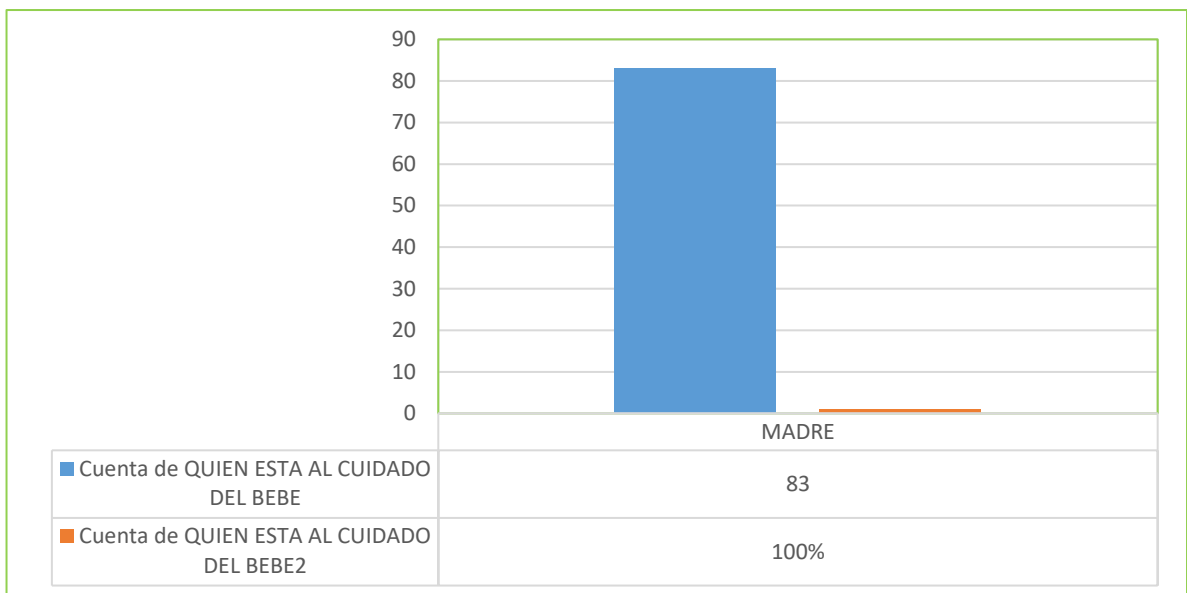
Gráfica 33. ¿Ha presentado hospitalizaciones?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

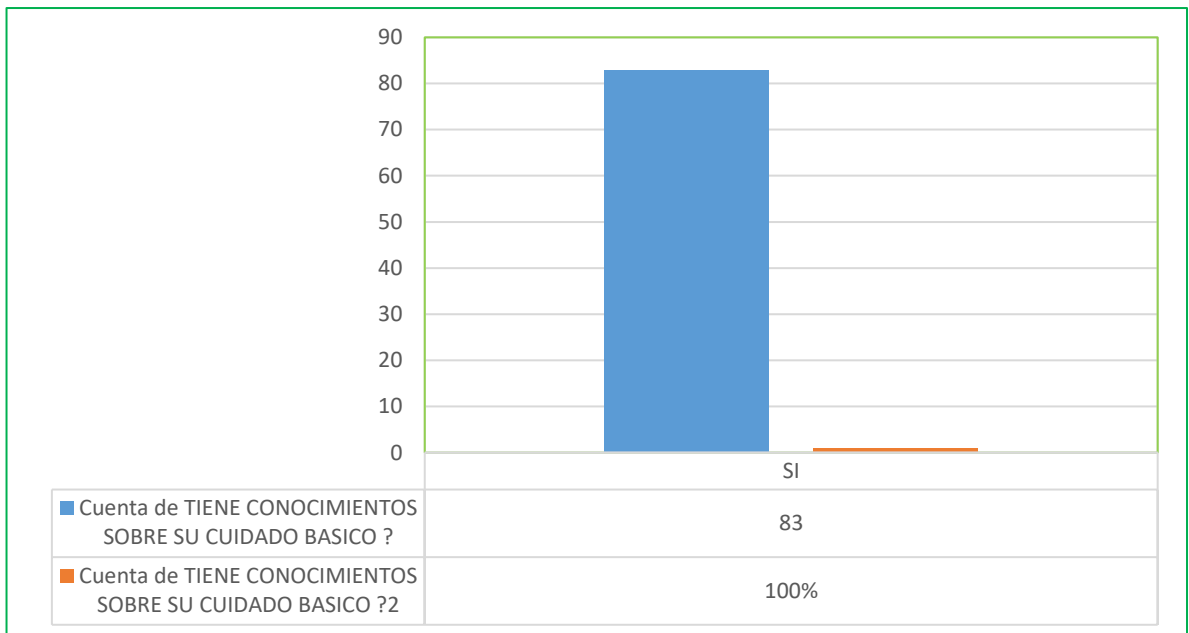
Gráfica 34. ¿Quién está al cuidado del bebé?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

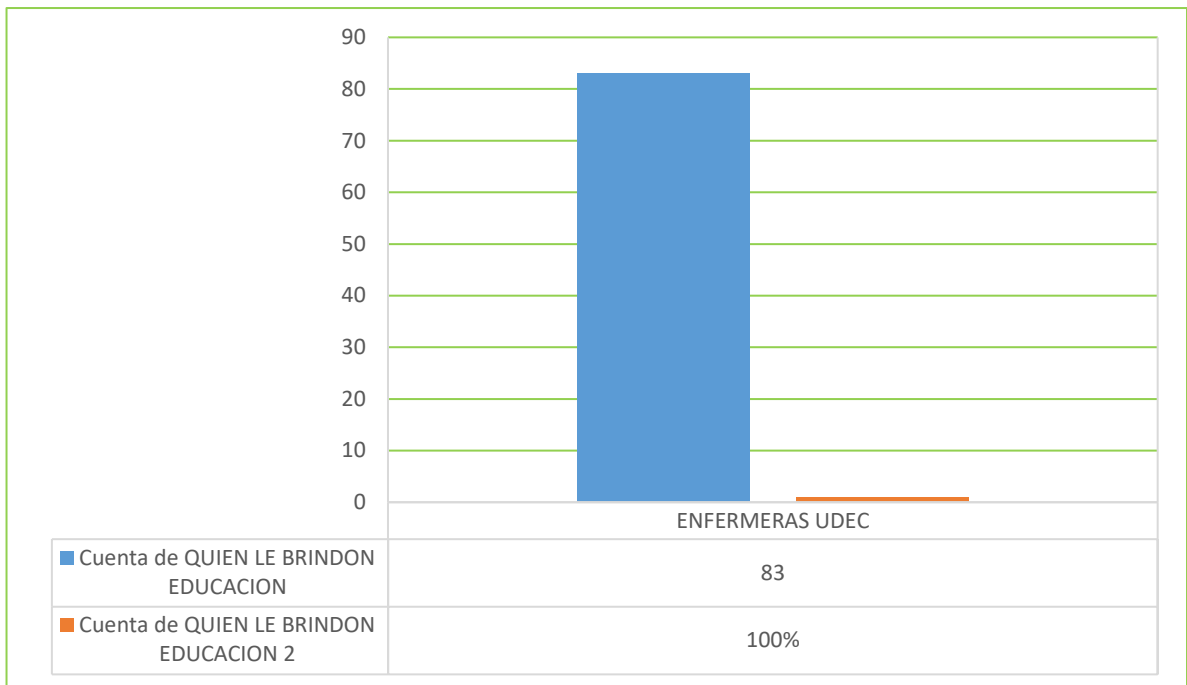
Gráfica 35. ¿Tiene conocimientos sobre su cuidado básico?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

Gráfica 36. ¿Quién le brinda educación?

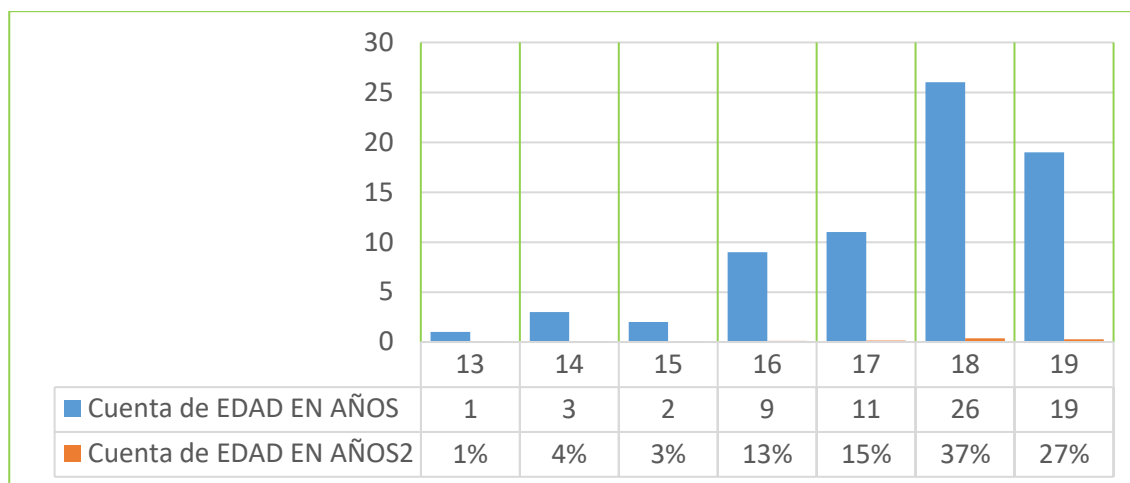


Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: sin alteraciones en su desarrollo y adaptación al mundo exterior y el medio ambiente, adecuado crecimiento y desarrollo de los recién nacidos para el IPA del 2017

8.3 GESTANTES

Gráfica 37. Edad.

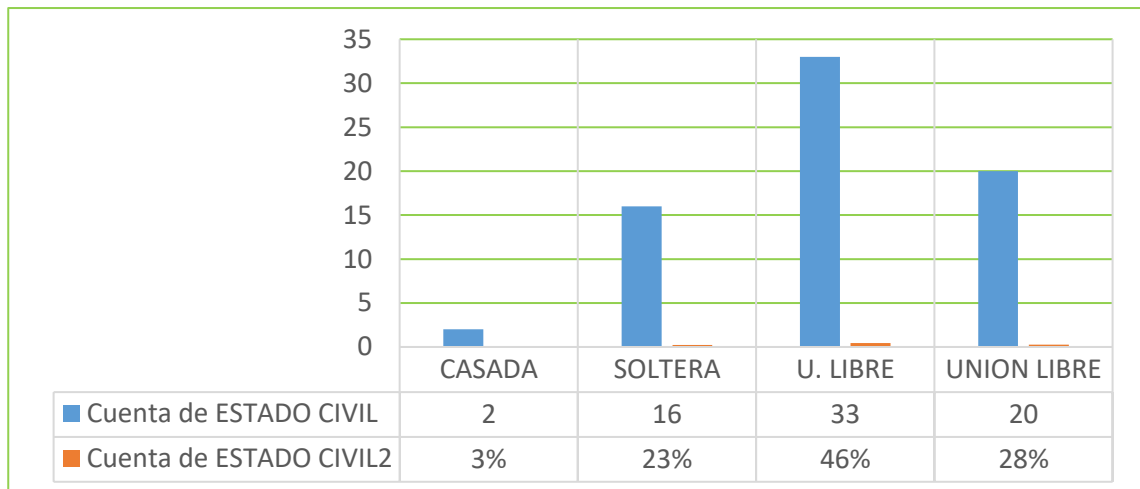


Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: Con relación a la edad se halló que la mínima es de 14 años y la máxima es de 21 años con una media de 19.4, en el grupo de las puérperas, es de resaltar que la media para este grupo de adolescentes y jóvenes es alta teniendo en cuenta que el seguimiento es por dos años con el fin de evitar el embarazo subsecuente, evitar el bajo peso en el menor y unos hábitos alimenticios saludables. Si consideramos el grupo poblacional hasta los 19 años, la media estaría en 17.6 años para el grupo de lactantes adolescentes.

Al contrastar estos datos con los del 2016 se encuentra que la edad mínima y máxima es igual a la del 2017, con una media de 17,04, persistiendo la edad media para las mujeres lactantes lo que permite ingerir q la edad media de la gestación correspondería a 16.3 meses dato obtenido de las 104 puérperas valoradas para este año, manteniendo el objetivo de evitar embarazos subsecuentes en estas madres adolescentes.

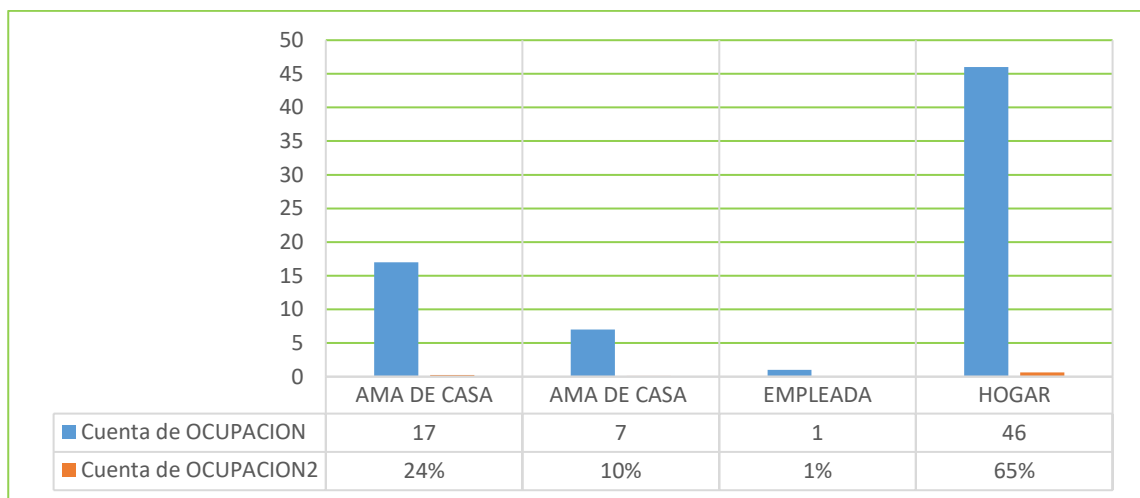
Gráfica 38. Estado civil.



Fuente: Base de datos de púerperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: En relación con el estado civil se evidencia que de las 104 púerperas valoradas en el año 2016; 76 (73,1%) viven en unión libre para el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas 53 (74%) también optan por esta relación, la razón de este resultado según las encuestadas nos refieren que se sienten muy jóvenes para adquirir esta responsabilidad y sus parejas no se comprometen porque no se sienten seguros de la relación y en cualquier momento se pueden separar.

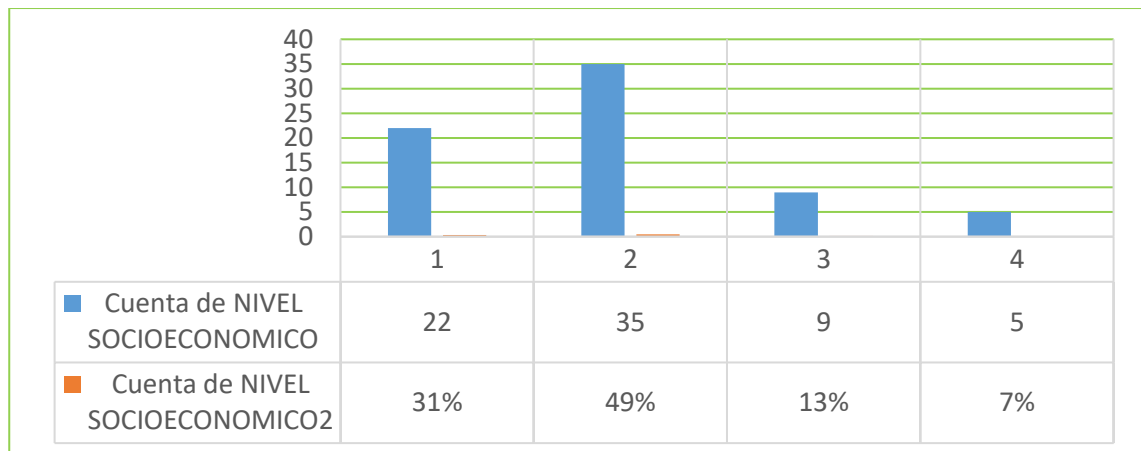
Gráfica 39. Ocupación.



Fuente: Base de datos de púerperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 gestantes valoradas en el año 2016, 89 (85,6%) son amas de casa; para el IPA la ocupación es la misma con 72 gestantes valoradas de las cuales 70 (99%) refieren dedicarse al hogar por el nacimiento de su hijo (a), otro factor para esta decisión es no tener una profesión con la cual puedan devengar económicamente debido a la edad y su grado de estudio. Se evidencia en la visita que de estas 84 puérperas el 90% se sienten bien estando en casa ya que refieren que su pareja les brinda lo necesario para ella y su bebe.

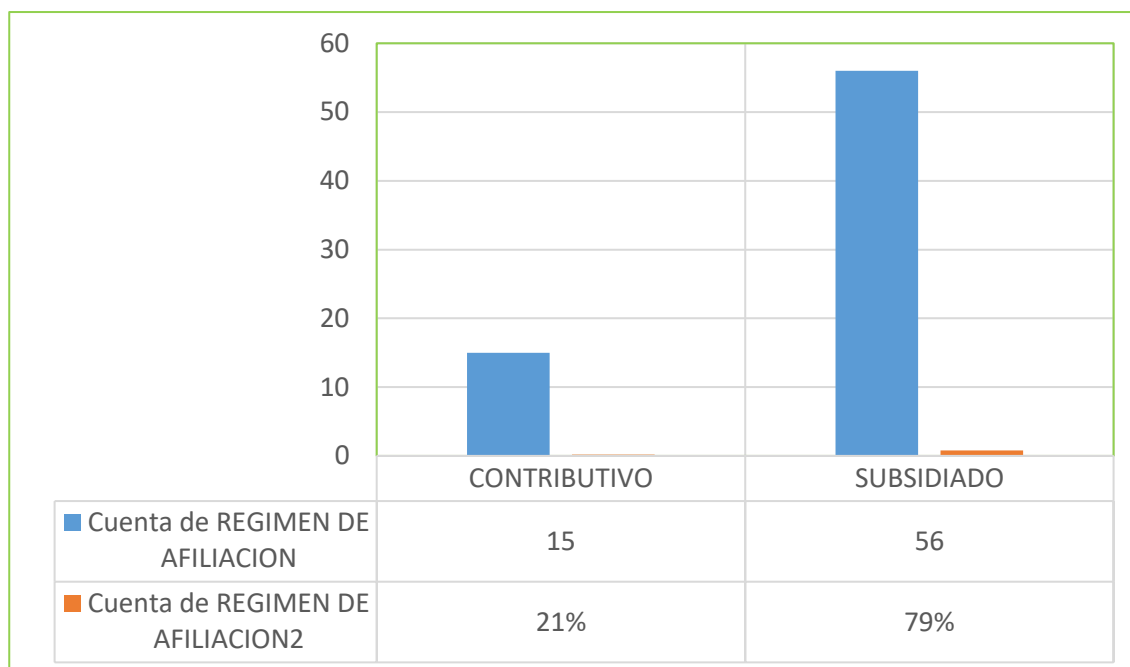
Gráfica 40. Nivel socioeconómico.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las gestantes adolescentes visitadas 35 (49%) son estratos 2, es de resaltar que ellas tienen la oportunidad de vivir tranquilas ya que sus papas o pareja tienen casa propia, gracias a la ayuda del estado con sus viviendas, entregada en años anteriores.

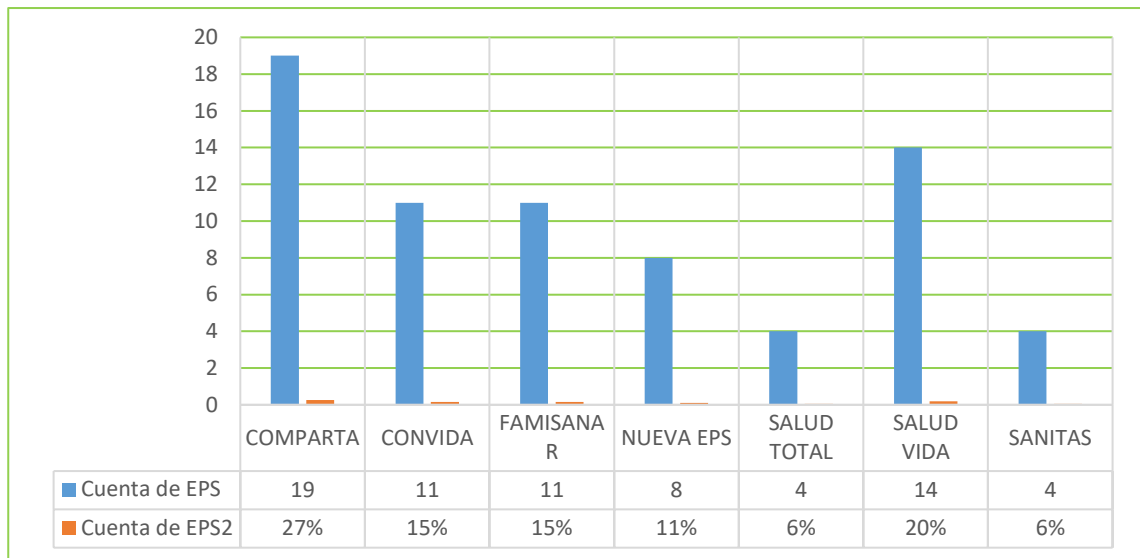
Gráfica 41. Régimen de afiliación.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: En cuanto al régimen de salud de las 104 gestantes valoradas en el año 2016, 31 (29,8%) están en Convida; para el IPA del 2017 de 72 gestantes valoradas 56 (79%) también se encuentran en esta EPS, a pesar de la dificultad que las puérperas refieren presentar en cuanto a citas, controles, y consulta general se mantienen en esta porque son remitidas de otras EPS, también por el cambio de ciudad o de sitio de trabajo pero su inconformismo es total por las problemas con el servicio a nivel general. Las EPS con menor cobertura son sanidad militar y café salud.

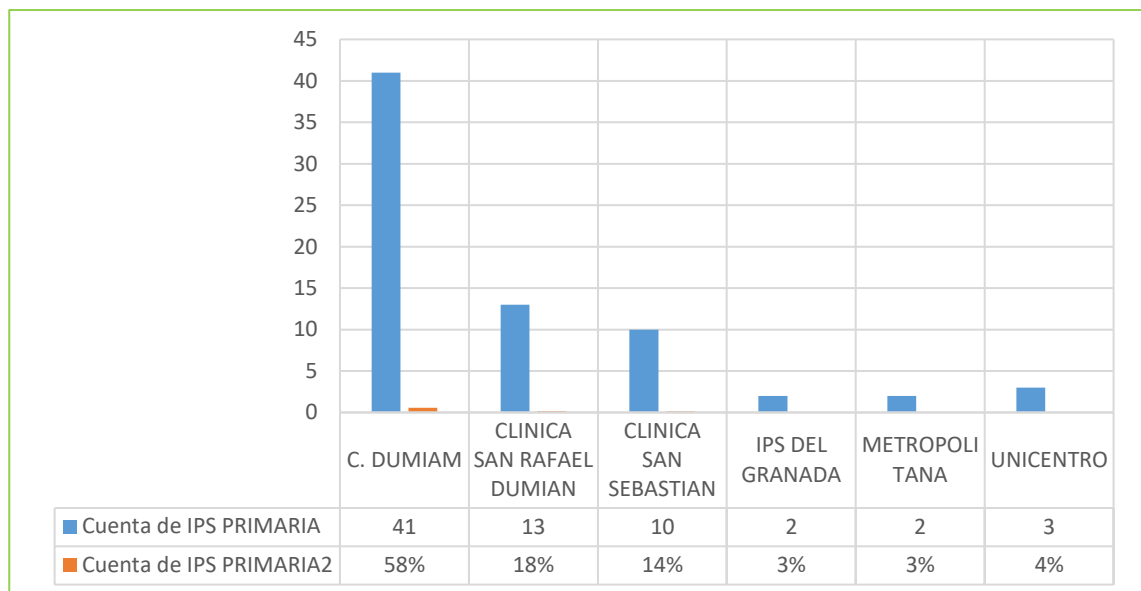
Gráfica 42. EPS.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 gestantes valoradas en el año 2016, 76 (73,1%) la IPS primaria es la clínica Dumian Medical; de igual forma esta IPS se mantiene estable para el IPA del 2017 con 72 gestantes (75%) que refieren estar allí debido a la EPS que actualmente les brindan los servicios que requieren durante su gestación y puerperio. Con menor cobertura metropolitana y Famisanar aunque los conceptos hacia ellas por las usuarias son muy buenas debido al buen servicio que les ofrece actualmente.

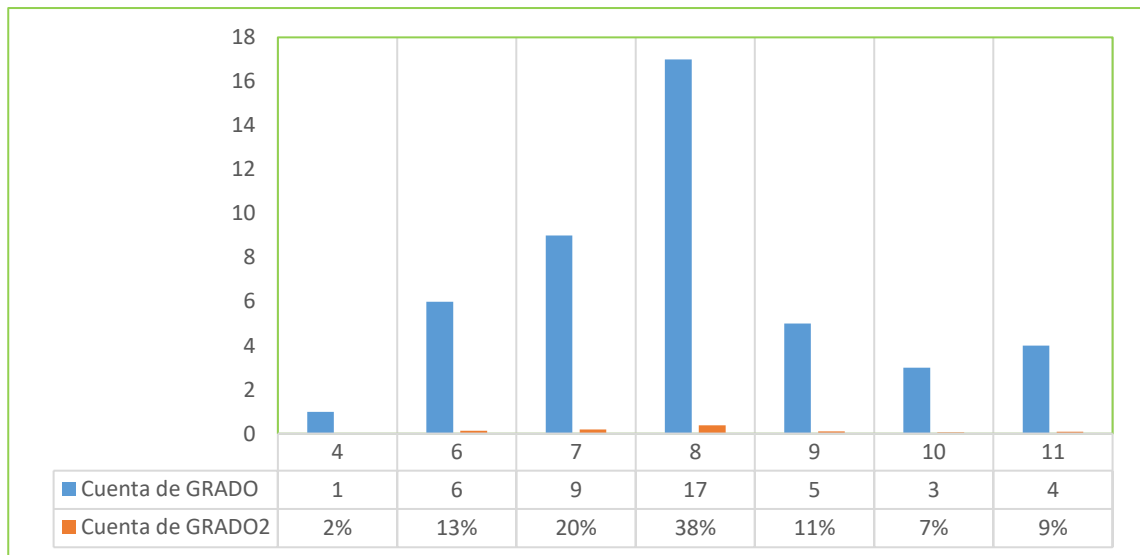
Gráfica 43. ¿IPS Primaria?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 gestantes valoradas en el año 2016, 76 (73,1%) la IPS primaria es la clínica Dumian Medical; de igual forma esta IPS se mantiene estable para el IPA del 2017 con 41 gestantes (58%) que refieren estar allí debido a la EPS que actualmente les brindan los servicios que requieren durante su gestación y puerperio. Con menor cobertura metropolitana y Famisanar aunque los conceptos hacia ellas por las usuarias son muy buenas debido al buen servicio que les ofrece actualmente.

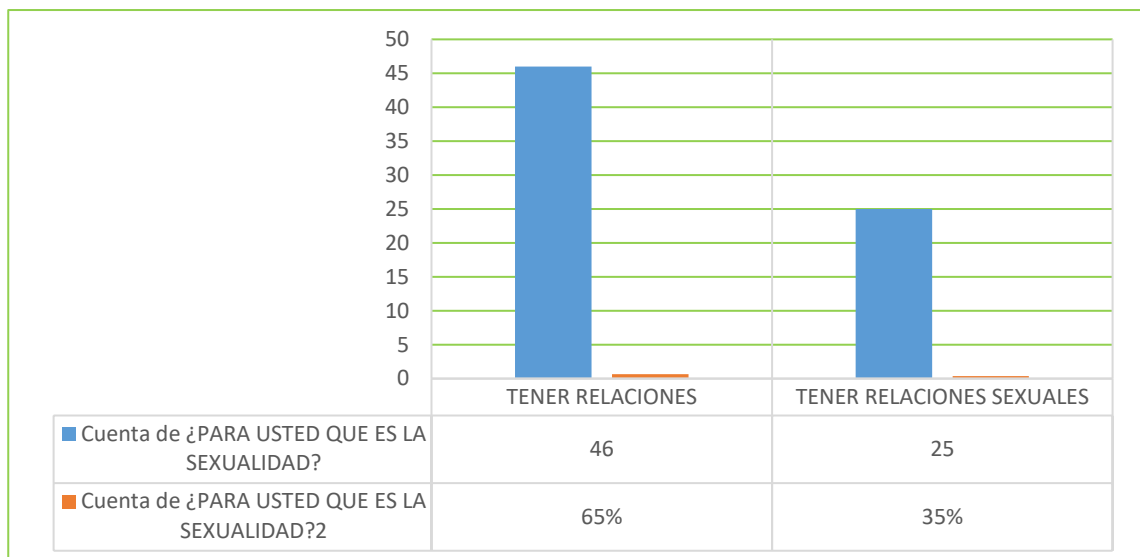
Gráfica 44. Grado.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 gestantes valoradas en el año 2016, 89 (85,6%) cursan 11 grado de igual forma para el IPA del 2017 de 72 gestantes valoradas 17 (38%) cursan también 11 grado, se evidencia que las puérperas encuestadas terminaron su bachillerato pero les ha sido difícil continuar con los estudios debido a la parte económica y llegada de su hijo aunque refieren no tener afán por ingresar nuevamente a estudiar pues consideran que su mayor preocupación es su hijo por lo cual deciden aplazar su parte académica

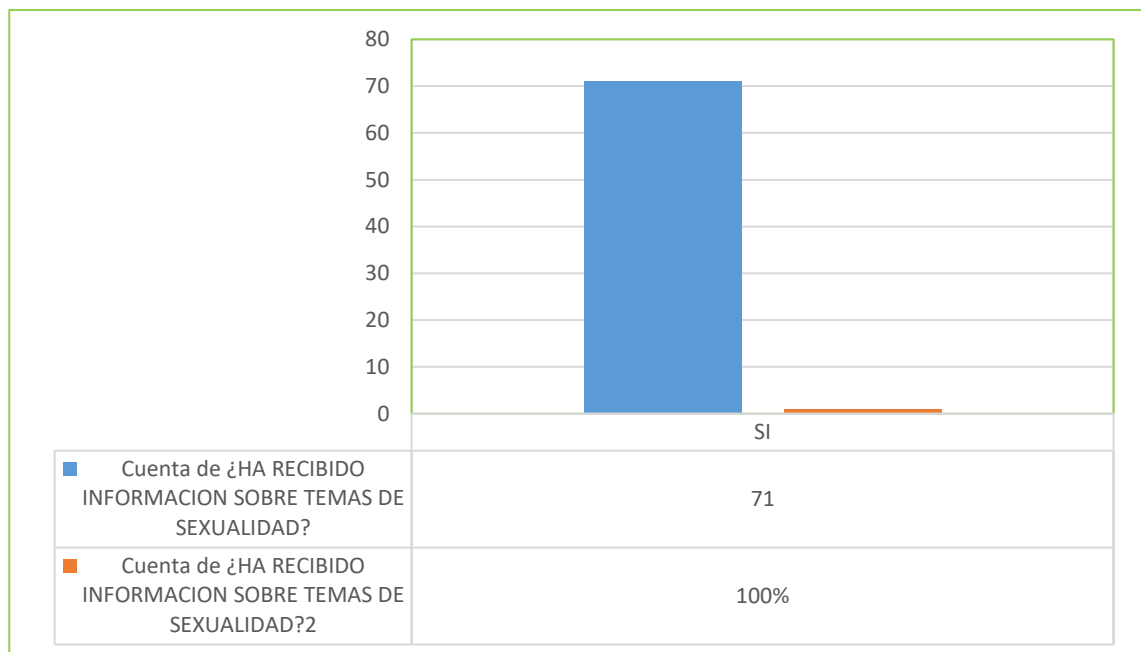
Gráfica 45. Para usted qué es la sexualidad?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: De las 104 gestantes valoradas en el 2016, 77 (74,0%) dijeron tener relaciones sexuales, de las 72, (46/ 65%) encuestadas en el 2017 deciden optar por la misma respuesta pues consideran que la sexualidad es solo la parte íntima de la pareja, aunque reflexionan sobre la educación sobre el significado de sexualidad que se les brinda.

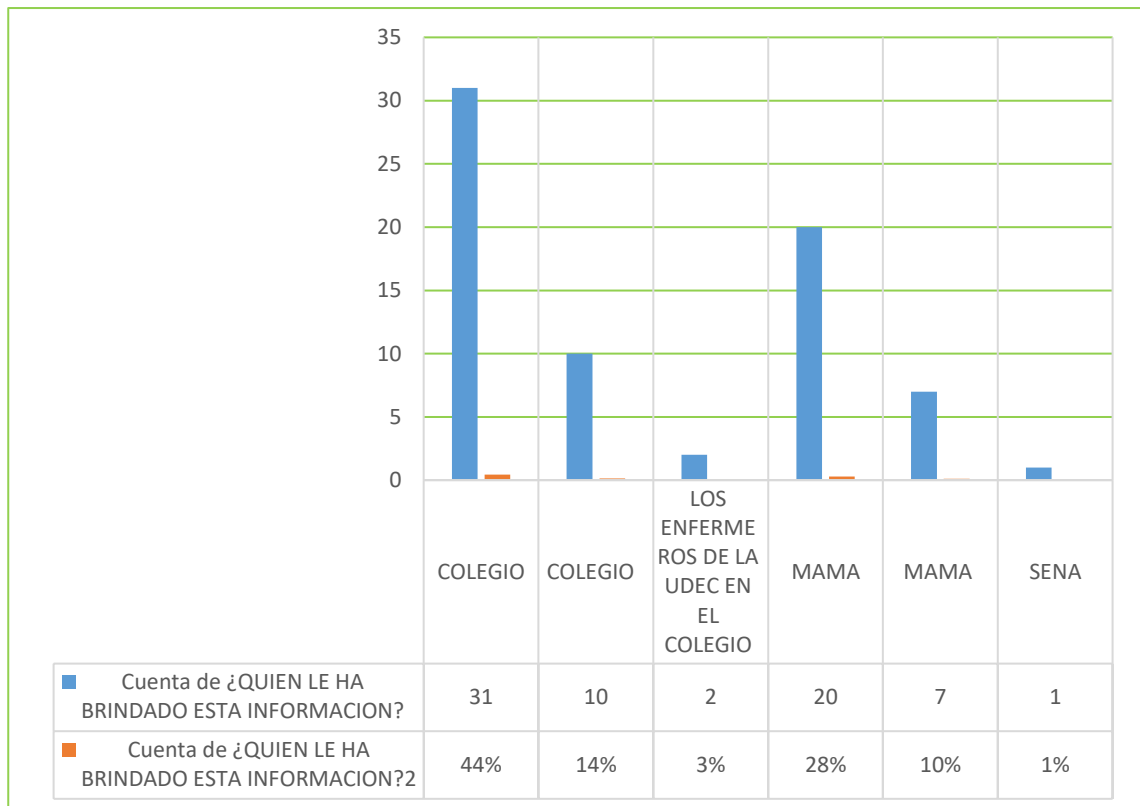
Gráfica 46. Ha recibido información sobre temas de la sexualidad.



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas el 100% consideran que si tienen conocimiento y que quienes han brindado la información con mayor claridad y mayor tiempo explicando, que son los métodos, para que sirven, carga hormonal, mecanismo de acción. Ventajas, desventajas y cuidados en general son las enfermeras de la universidad de Cundinamarca.

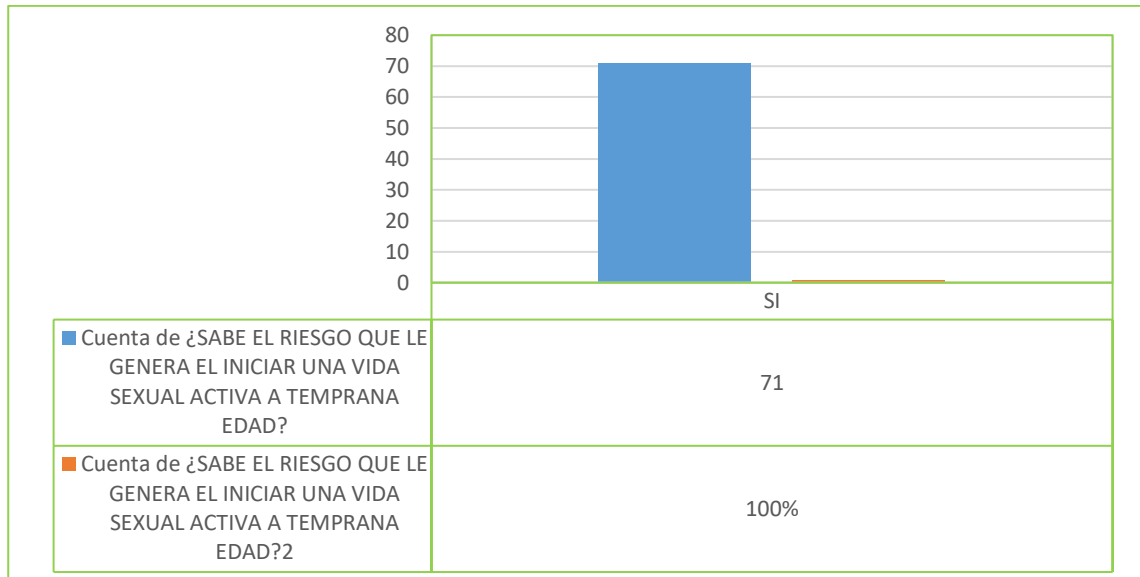
Gráfica 47. ¿Quién le ha brindado esta información?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas el 100% consideran que si tienen conocimiento y que quienes han brindado la información es el colegio pero con mayor claridad y mayor tiempo explicando, que son los métodos, para que sirven, carga hormonal, mecanismo de acción. Ventajas, desventajas y cuidados en general son las enfermeras de la universidad de Cundinamarca.

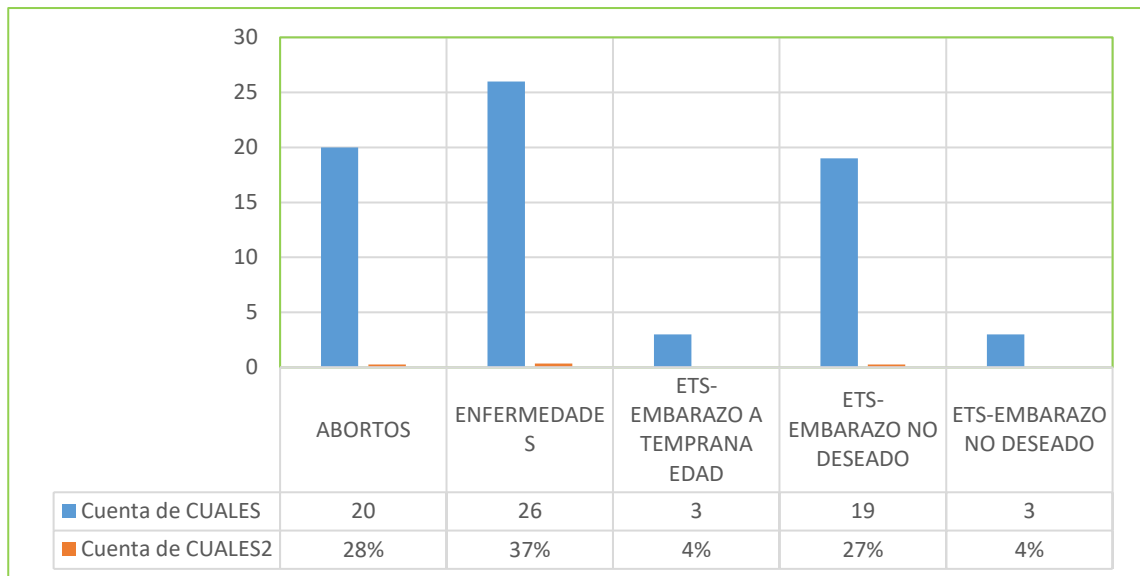
Gráfica 48. ¿Sabe el riesgo que le genera al iniciar una vida sexual activa a temprana edad?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas el 100% consideran que si tienen conocimiento y que quienes han brindado la información con mayor claridad son las enfermeras de la universidad de Cundinamarca.

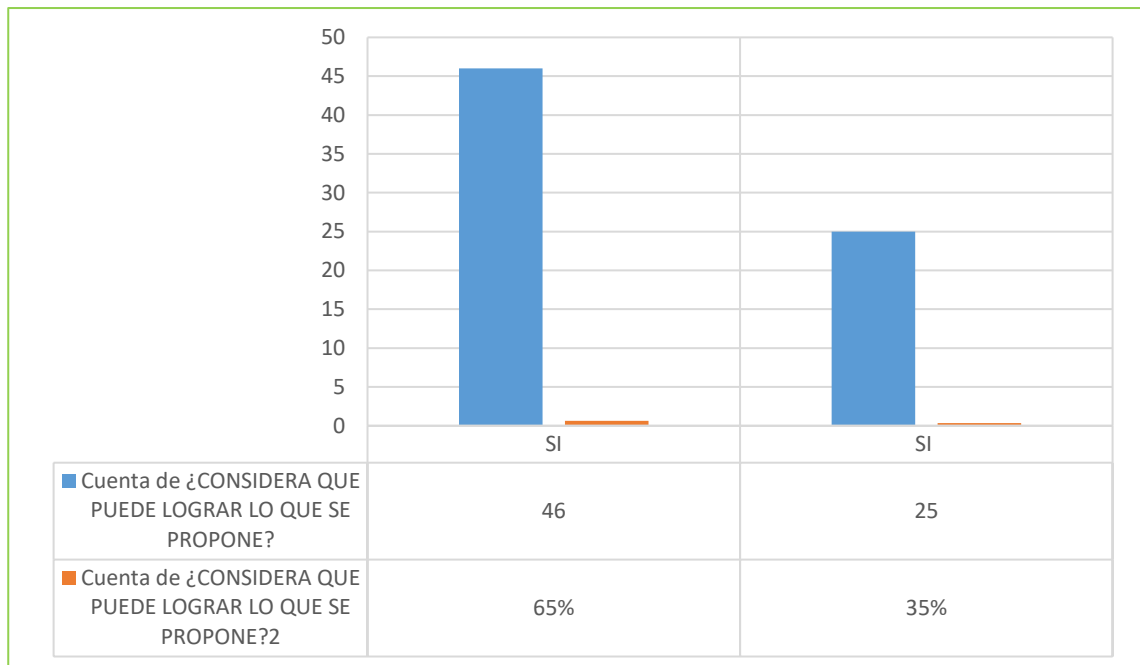
Gráfica 49. ¿Cuáles?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas el 100% consideran que si tienen conocimiento y el mayor riesgo son las enfermedades de trasmisión sexual.

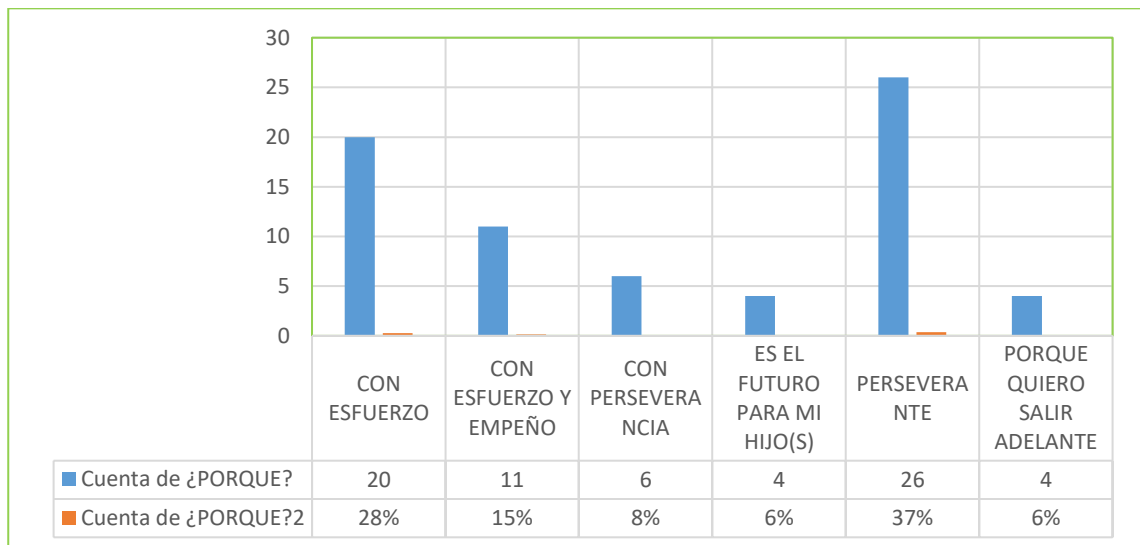
Gráfica 50. ¿Considera que puede lograr lo que se propone?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: en el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas el 100% consideran que si logran lo propuesto en sus metas pues desean salir adelante con su hijo y pareja

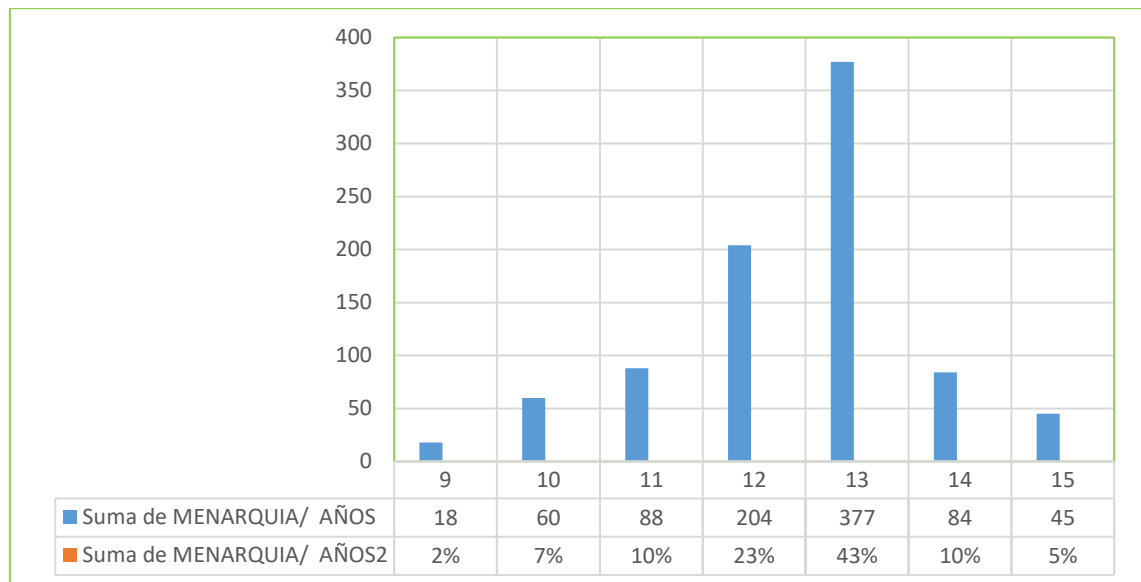
Gráfica 51. ¿Por qué?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

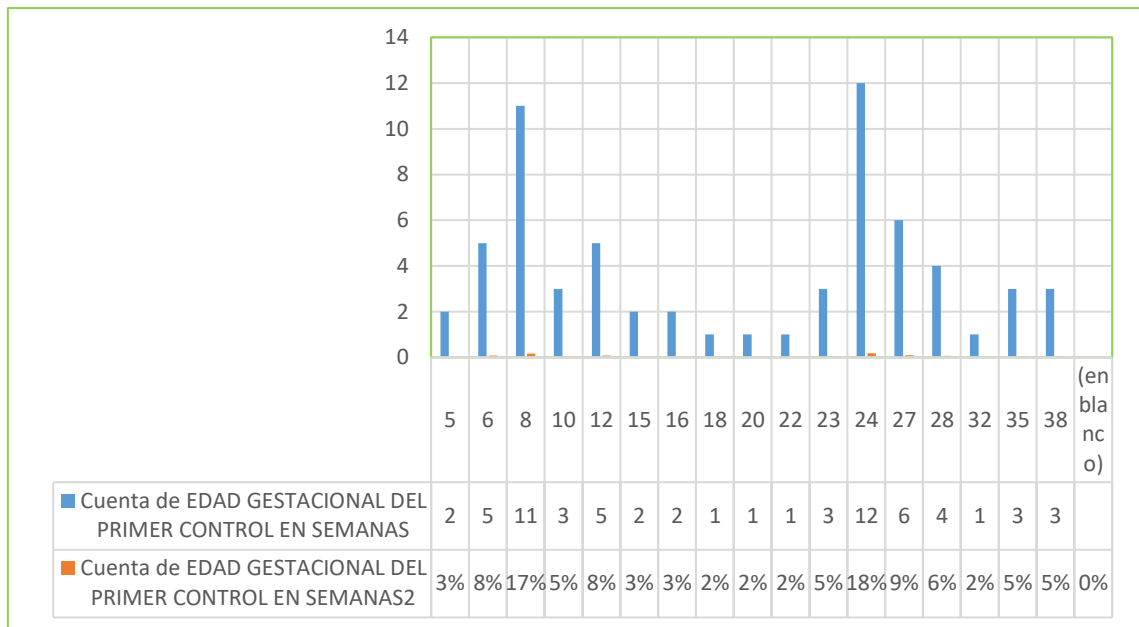
Análisis: en el IPA del 2017 de las 72 gestantes valoradas el 100% consideran que si logran lo propuesto en sus metas pues desean salir adelante con su hijo y pareja y porque son perseverantes

Gráfica 52. ¿Menarquia / años?



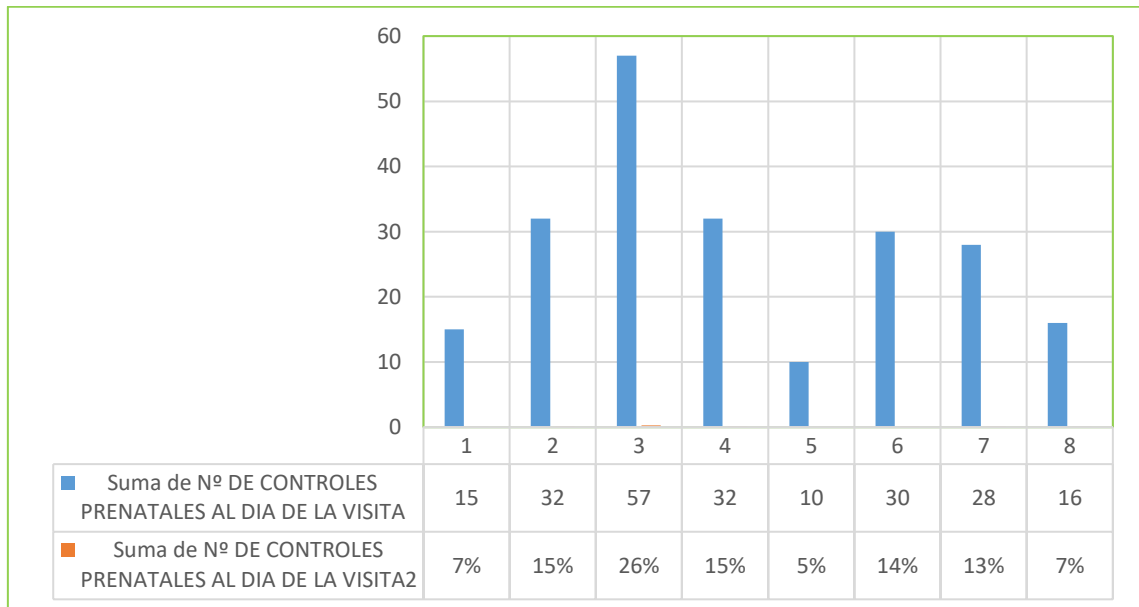
Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Gráfica 53. Edad gestacional del primer control?



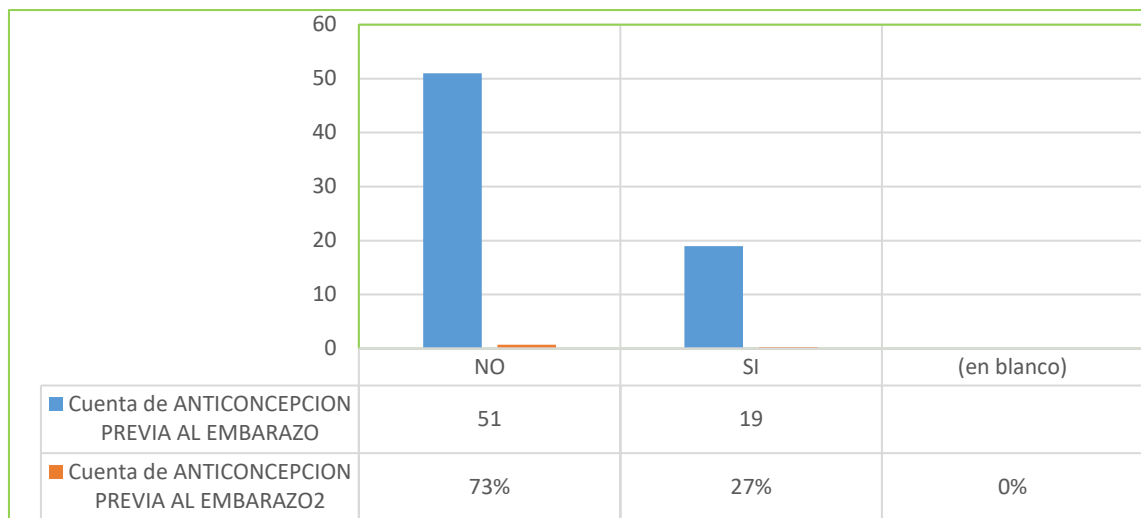
Fuente: Base de datos de púerperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Gráfica 54. ¿Nº de controles prenatales el día de la visita?



Fuente: Base de datos de púerperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

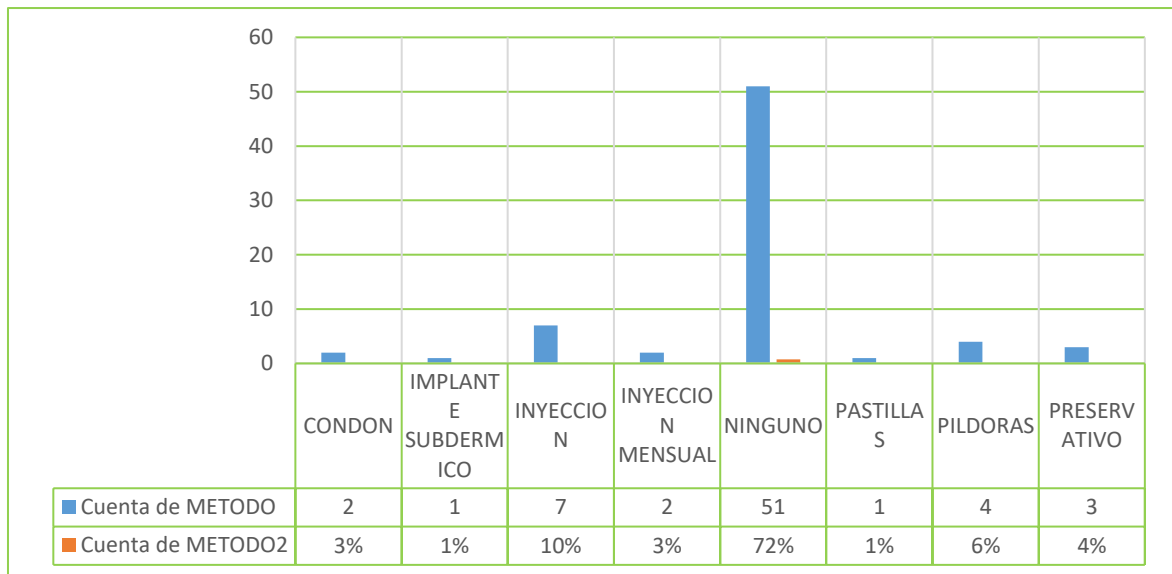
Gráfica 55. ¿Anticoncepción previa al embarazo?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis De las 104 gestantes visitadas en al año 2016, 93 (89.4%) no planifico, de las 84 puérperas valoradas para IPA del 2017; 51(73%) si utilizo métodos de planificación pero se presentaron fallas sobre el mismo debido a que su conocimiento sobre el método adecuado fue deficiente ya que nos verbalizan que el método elegido les fallo debido a la parte económica, por su EPS, por su responsabilidad y miedo a que la pareja se enterara de que planificaban

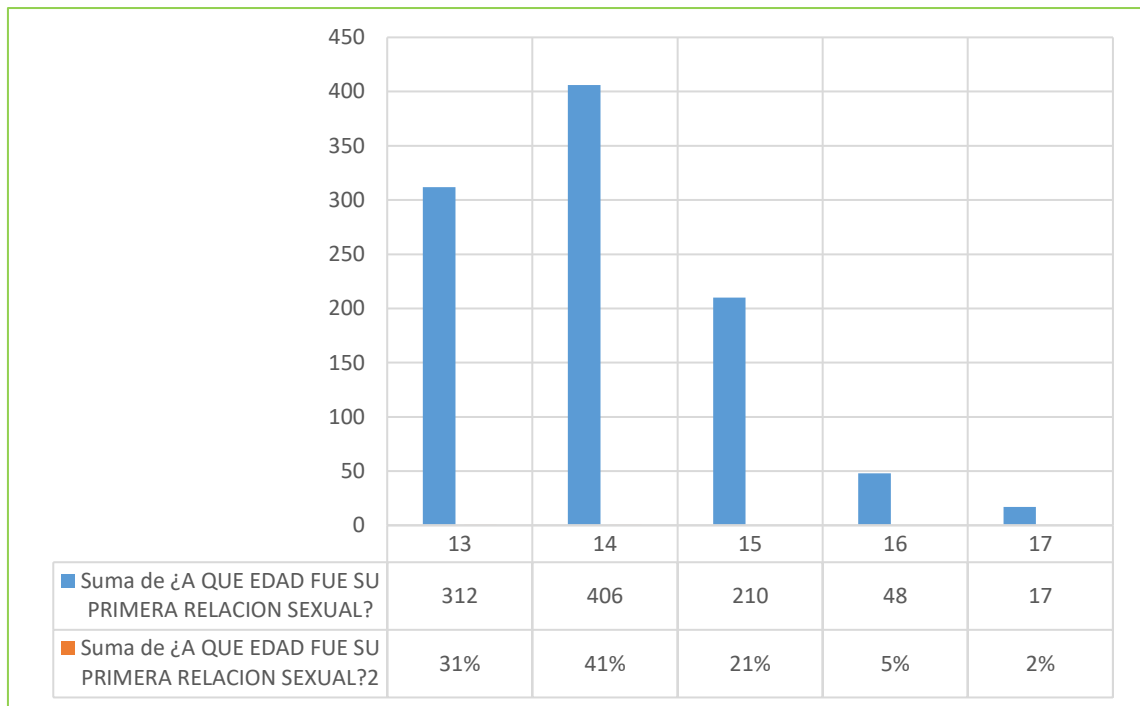
Gráfica 56. ¿Método?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis: EL método más utilizado fueron las pastillas y la inyección la razón según las encuestadas es porque las podían comprar en las droguerías en caso que su EPS no se las facilitara, pero por esta misma razón, les sería muy fácil abandonar este método pues no todas las veces tendrían la capacidad económica para adquirirlo, razón por la cual se presentaron los embarazos no planeados.

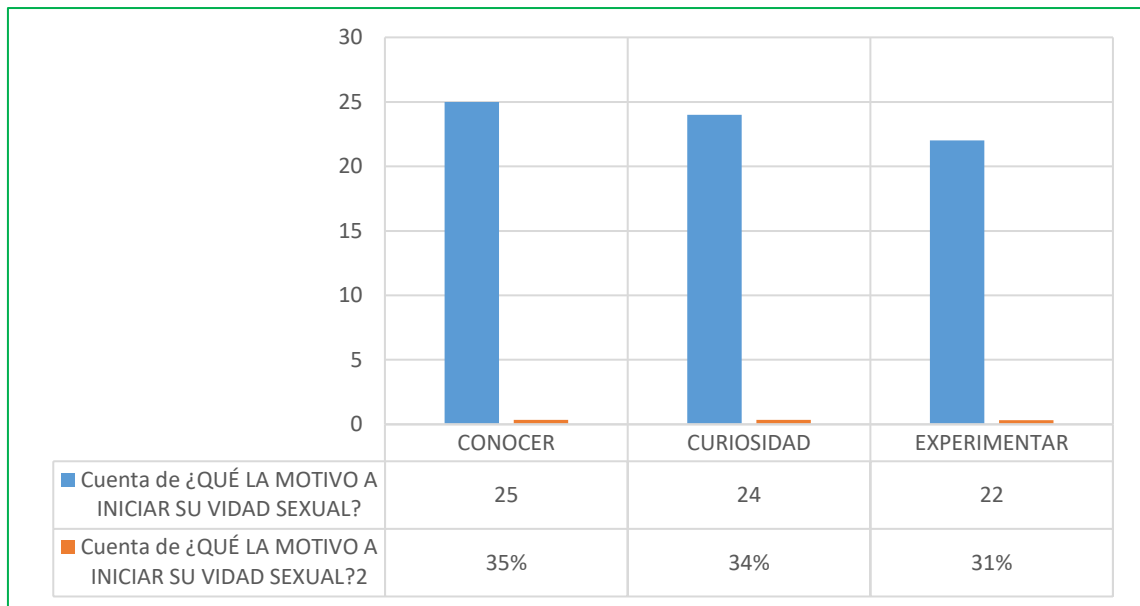
Gráfica 57. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis cada día las niñas se desarrollan a más temprana edad, sin tener en cuenta los riesgos de embarazos y enfermedades de trasmisión sexual.

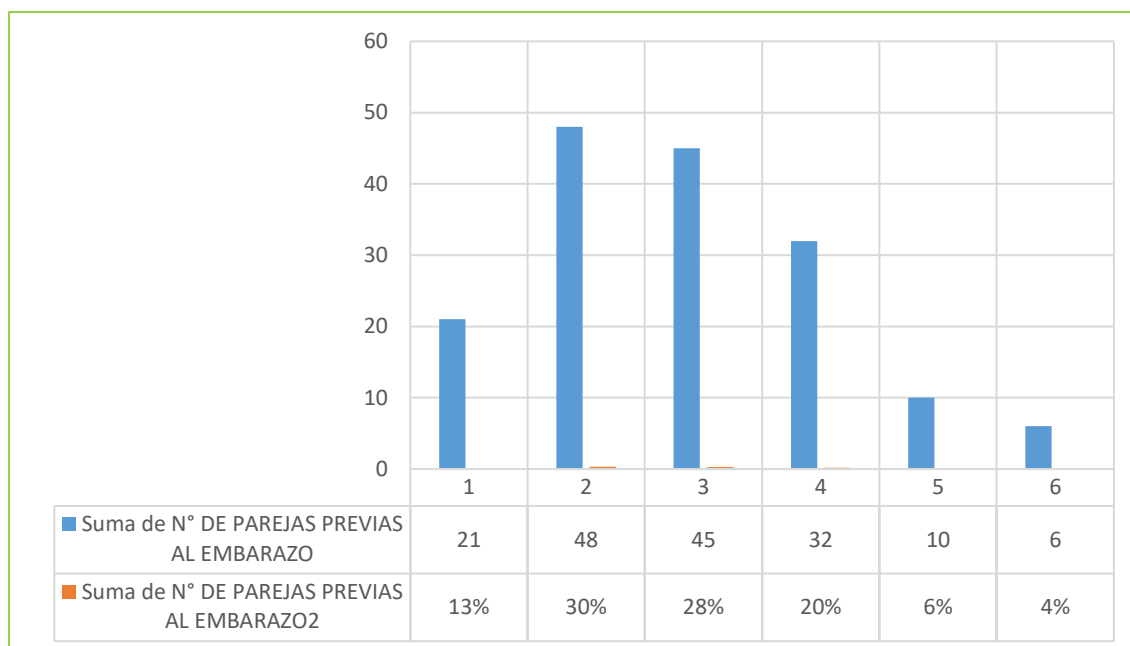
Gráfica 58. ¿Qué la motivo a iniciar su vida sexual?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis cada día las niñas se desarrollan a más temprana edad, sin tener en cuenta los riesgos de embarazos y enfermedades de trasmisión sexual

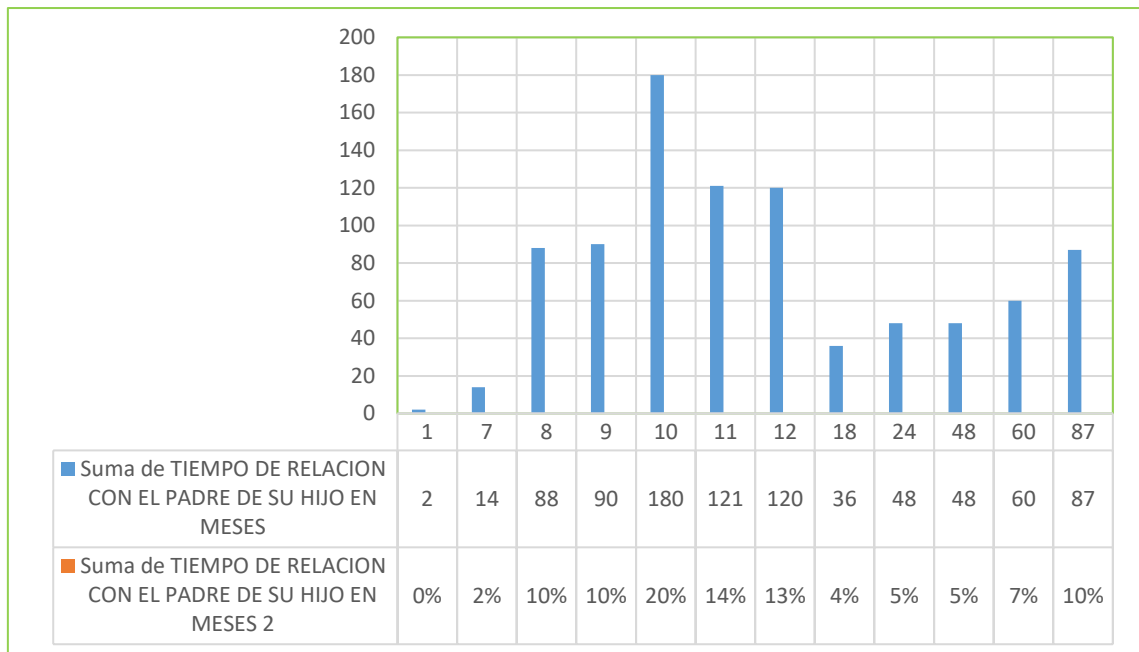
Gráfica 59. ¿N° de parejas previas al embarazo?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis cada día las niñas se desarrollan a más temprana edad, sin tener en cuenta los riesgos de embarazos y enfermedades de trasmisión sexual

Gráfica 60. ¿Tiempo de relación con el padre de su hijo?



Fuente: Base de datos de puérperas y recién nacidos y/o lactantes del Programa madres adolescentes un reto social y de academia Unidad amigable Universidad de Cundinamarca del año 2017

Análisis cada día las niñas se desarrollan a más temprana edad, sin tener en cuenta los riesgos de embarazos y enfermedades de transmisión sexual sin importar el tiempo tan corto de relación con su pareja.

8.4 ANÁLISIS Y RESULTADOS ADOLESCENTES PUÉRPERAS, GESTANTES Y LACTANTES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en esta investigación no solo es necesario la identificación de los determinantes sociales que conllevaron a una gestación temprana de las adolescentes; sino también la valoración integral por patrones funcionales según Marjory Gordon que permita evaluar las necesidades de este grupo poblacional tan vulnerable en la actualidad, donde la necesidad primordial se ve reflejada en el déficit de información y educación, y la poca información que reciben la obtienen del núcleo familiar, las instituciones educativas y entidades de salud.

La realidad del embarazo en las adolescentes en el municipio de Girardot parte desde la falta de información que se presenta en las adolescentes, en el significado del concepto de sexualidad para su vida y los riesgos que genera iniciarla a

temprana edad. En la Encuesta Nacional de Demografía en salud²⁶, el 6,9 % de las adolescentes y jóvenes reportaron que abandonaron los estudios porque quedaron en embarazo, siendo esta una de las razones con mayor peso en el abandono escolar que afecta en mayor porcentaje a las mujeres adolescentes y jóvenes; en el caso de los hombres jóvenes, el 19,1 % dejó de ir a estudiar por razones económicas, con relación a los resultados obtenidos en el programa, Madres Adolescentes un reto social y de academia, en el municipio de Girardot, de las 189 adolescentes valoradas en el año 2017, 89 (85,6%) son amas de casa porque abandonaron sus estudios por el embarazo y se encuentran entre los 14 y 21 años.

Con relación a la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años tuvo un mayor descenso relativo (más de un 10,0 %) que los cuatro grupos de edad siguientes, (30-34, 35-39, 40-44 y 45-49 años), lo cual ratifica que estamos ante una tendencia descendente 197 (7.07%) de la fecundidad en las adolescentes.

En cuanto al proyecto de vida, durante las visitas realizadas a las madres adolescentes en el transcurso de este periodo se llevó a cabo el taller de PROYECTO DE VIDA, el cual busca brindar un acompañamiento continuo a las madres adolescentes del municipio de Girardot, usándola como una herramienta fundamental para su desarrollo y superación individual a las dificultades que se presentan al asumir su rol como mujer, madre y esposa.

Las madres adolescentes participantes de la investigación tenían como proyecto de vida antes del embarazo terminar bachiller y hacer una carrera profesional o técnica.

En cuanto a pautas de crianza también se llevó a cabo sesiones de información, el cual busca orientar a las madres adolescentes en la definición de límites y normas en el manejo de la autoridad y autonomía en la crianza y cuidado de sus hijos con relación a la pareja, abuelos maternos y paternos y en algunos casos en familias extensas.

Mediante la educación se logra evidenciar la comprensión de las adolescentes al referir ellas la importancia de los métodos de estimulación temprana (habla, caricias, gestos de amor, masajes de relajación, cuidados, alimentación) a través de los cuales pueden fortalecer los lazos afectivos madre-hijo-padre.

²⁶ Encuesta nacional de demografía 2015.

8.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (PUÉRPERAS GESTANTES)

Los diagnósticos que a continuación se presentan surgen a partir de las necesidades presentadas por las adolescentes recolectadas mediante la valoración integral según patrones funcionales.

8.5.1 Dominio 1 promoción de la salud.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud

❖ **(00161)** Disposición para mejorar los conocimientos **R/C** necesidad de la materna en conocer temas de autocuidado **E/P** conocimiento deficientes sobre planificación familiar, lactancia materna y manejo de la sexualidad.

Clase 2: Gestión de la salud

❖ **(00080)** Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar **R/C** falta de adherencia a los métodos de planificación familiar **E/P** embarazo en la adolescencia y actualmente sin método de planificación familiar estable.

8.5.2 Dominio 2 nutrición.

Clase 1: Ingestión

❖ Desequilibrio nutricional; ingesta superior a las necesidades **R/C** aporte excesivo de calorías en relación con las necesidades metabólicas **E/P** constitución corporal e I.M.C >25 y sedentarismo

❖ Desequilibrio nutricional ingesta menor a las necesidades **R/C** incapacidad para ingerir nutrientes debido a factores económicos y lactancia materna **E/P** I.M.C <18.5, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, falta de información sobre la alimentación, nivel socioeconómico bajo, inapetencia.

8.5.3 Dominio 3 actividad / reposo.

Clase 1 Reposo /Sueño

❖ **(00198)** Trastorno del patrón del sueño **R/C** vigilancia y alimentación de su hijo en la noche **E/P** verbalización de la adolescente de dificultad para conciliar el sueño,

despertarse varias veces en la noche y aumento de la intensidad de horas de sueño en el día.

Clase 2: Actividad / Ejercicio

❖ **(00168)** Sedentarismo R/C carencia de motivación e interés E/P manifestación de la adolescente de estar desmotivada por realizar actividades físicas.

Clase 5: Autocuidado

❖ Déficit de autocuidado: métodos de planificación R/C falta de interés en conocer y formar adherencia hacia algún método de planificación familiar E/P verbalización de la paciente: "no quiero usar métodos de planificación familia porque he oído que engordan y salen venas varices en las piernas"

8.5.4 Dominio 5 percepción / cognición.

Clase 4: Cognición

❖ **(00126)** Conocimientos deficientes en la etapa de puerperio R/C Falta de interés en el aprendizaje sobre los cuidados E/P No asistencia a control postparto, curso de preparación para la maternidad y la paternidad e inicio tardío de los controles prenatales.

❖ **(00126)** Conocimientos deficientes R/C falta de exposición a la información E/P verbalización de la usuaria acerca de no conocer los métodos de planificación familiar que puede usar durante el puerperio.

❖ **(00126)** Conocimientos deficientes **R/C** desconocimiento de su vida sexual **E/P** verbalización de usuaria de no saber el riesgo que genera empezar unan vida sexual a temprana edad sin protección.

❖ **(00126)** Conocimientos deficientes R/C falta de asesoría en planificación familiar E/P Verbalización de la adolescente, el no uso de métodos de planificación.

❖ **(00126)** Conocimientos deficiente sobre los cuidados del recién nacido R/C inexperiencia en la maternidad de las adolescentes E/P higiene inadecuada del lactante.

❖ **(00126)** Conocimientos deficientes en el autocuidado R/C no se encuentra familiarizada con los recursos informativos para los cuidados que debe tener con la episiorrafia.

8.5.5 Dominio 6 autopercepción.

Clase 2: Autoestima

❖ **(00120)** Baja autoestima situacional R/C cambios en el rol E/P verbalización de la usuaria de no poder realizar sus proyectos de vida profesional.

Clase 3: imagen corporal

❖ **(00118)** Trastorno de la imagen corporal R/C aumento de peso y presencia de estrías producto de la gestación E/P expresión de estado regular actual de su cuerpo.

8.5.6 Dominio 7 rol / relaciones.

Clase 3: Desempeño del rol

❖ **(00104)** Lactancia materna ineficaz R/C déficit de conocimiento sobre lactancia materna, postura para amamantar E/P lactante se manifiesta incapacidad de cogerse correctamente al pecho materno

❖ **(00055)** Desempeño ineficaz del rol R/C Preparación inadecuada para el rol materno E/P Adaptación inadecuada al cambio, conocimientos inadecuados en el cuidado del puerperio y el recién nacido.

❖ **(00064)** Conflicto del rol parental R/C Separación del vínculo parental E/P Sentimientos de indiferencia o poca participación del progenitor en el proceso de crianza de su bebe

❖ Proceso de maternidad ineficaz R/C embarazo no deseado E/P no demuestra técnicas de alimentación y cuidados adecuados para el lactante

8.5.7 Dominio 11 seguridad / protección.

Clase 1: Infección

❖ **(00004)** Riesgo de infección de vías urinarias urinaria R/C inadecuados hábitos de higiene genital

Del plan de trabajo direccionado para cada una de las adolescentes puérperas y lactantes, prevalecen las siguientes intervenciones de enfermería:

❖ Educación sobre lactancia materna, ventaja para las madres y el niño, técnicas de amamantamiento, extracción manual de la leche y prevención de signos de mastitis.

❖ Educación en autocuidado e higiene genital.

❖ Educación y orientación en puericultura en el lactante y recién nacido.

❖ Educación sobre los cuidados que se deben tener con episiorrafia.

❖ Educación y orientación sobre temas y manejo de la sexualidad.

❖ Orientación en planificación familiar.

❖ Orientación en estimulación temprana.

❖ Orientación sobre el consumo de una dieta balanceada para el manejo nutricional durante el puerperio.

❖ Incentivar a la adolescente a realizar actividad física.

❖ Pautas para manejo de la preocupación y terapias de relajación.

❖ Taller de sensibilización en proyecto de vida y pautas de crianza.

Percepción y manejo de la salud. Déficit de conocimientos (00126) r/c falta de interés en el aprendizaje de los métodos de planificación familiar e/p verbalización de la adolescente, en el no uso de métodos de planificación. De los métodos solo sabe que sirven para prevenir embarazos, no conoce cada uno de ellos

Eliminación. Riesgo de infección de vías urinarias r/c inadecuados hábitos de higiene genital

Rol y relaciones. Procesos familiares disfuncionales (00063) r/c: falta de habilidades para la solución de problemas. (Entre pareja) e/p: manifestación verbal de la paciente

Relación ineficaz r/c habilidades de comunicaciones infructuosa (e/p manifestación verbal de la paciente de dificultad con las relaciones

Reproductivo sexual. Anticoncepción

Conocimiento deficiente sobre métodos anticonceptivos r/c poca familiaridad para obtener la información e/p verbalización de la paciente de no conocer y no haber recibido charlas sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos

Nutricional metabólico. (00002) desequilibrio nutricional r/c ingesta insuficiente de alimentos, factores externos consumo de sustancias psicoactivas (marihuana-pegante) e/p palidez de mucosas, imc 17

Equilibrio entre la actividad y el descanso. Patrón del sueño alterado (00198) r/c interrupción del sueño causado movimientos fetales fuertes e/p gestante manifiesta no sentirse descansada y no dormir bien.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Riesgo de la triada materno fetal r/c embarazo gemelar en adolescente de 14 años

Riesgo de complicaciones fetales r/c edad gestacional gemelar de 28 semanas en menor de 15 años

Alteración en el periodo gestacional r/c principalidad precoz en adolescencia media, embarazo gemelar e/p edad gestacional de 28 semanas

Alteración en el sueño r/c movimientos fetales fuertes y continuos e/p verbalización de la adolescente "casi no puedo dormir me levanto cansada"

Riesgo de baja autoestima situacional r/c cambios en el rol social.

Inadecuada tolerancia a los micronutrientes r/c náuseas y vomito e/p verbalización de la paciente

Alteración en el periodo gestacional r/c principalidad precoz en adolescencia media, embarazo gemelar e/p edad gestacional de 28 semanas.

Riesgo de complicaciones fetales r/c edad gestacional gemelar de 28 semanas en menor de 15 años

Alteración en el sueño r/c movimientos fetales fuertes y continuos e/p verbalización de la adolescente “casi no puedo dormir me levanto cansada”

Gestión ineficaz de la propia salud: (00078) r/c poli consumo de sustancias psicoactivas

Riesgo de, intoxicación: (00037) r/c disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos.

Riesgo de complicaciones fetales r/c consumo de sustancias psicoactivas

Percepción/cognición

Conocimientos deficientes 00126 r/c poca familiaridad de los recursos para obtener la información ep/verbalización de la gestante

Conocimientos deficientes 00126 r/c poca familiaridad de los recursos para obtener la información e/p verbalización de la gestante

Equilibrio entre la soledad y la interacción social

Disposición para mejorar el rol parental 00164 r/c comunicación incertiva con la pareja ep/verbalización de la paciente

Eliminación

Estreñimiento 00011 r/c consumo de carbonato de calcio por la gestación ep verbalización de la paciente

Percepción y manejo de la salud

Gestión ineficaz de la propia salud 00078 r/c déficit de conocimientos sobre la técnica de auto examen de seno e/p verbalización de la adolescente

Rol relaciones

Riesgo de desempeño inefectivo del rol r/c falta de acondicionamiento sobre su nuevo rol que desempeñar.

Intervenciones que prevalecen en el grupo de gestantes.

- ❖ Educación con relación a los beneficios de consumir los micronutrientes.
- ❖ Educación en autocuidado e higiene genital.
- ❖ Educación y orientación en signos de alarma durante la gestación.
- ❖ Educación acerca del autoexamen de seno.
- ❖ Educación y orientación sobre temas y manejo de la sexualidad.
- ❖ Brindar educación acerca de la importancia de la asistencia de controles prenatales
- ❖ Brindar educación acerca de la importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable.
- ❖ Brindar educación en el consumo de una dieta balanceada para el buen desarrollo de su gestación.
- ❖ Incentivar a la adolescente gestante a realizar actividad física teniendo en cuenta su condición.
- ❖ Remisión para valoración con equipo interdisciplinario ante el riesgo psicosocial.
- ❖ Remisión para valoración con equipo interdisciplinario en sustancias psicoactivas (SPA) si lo requiere.
- ❖ Remisión del caso al ICBF, EPS, secretaria de salud de Girardot.
- ❖ Seguimiento y acompañamiento al caso de alto riesgo evidente.

❖ Brindar educación con relación a la interrupción voluntaria del embarazo si lo requiere.

Figura 2. Datos sociodemográficos de las adolescentes gestantes y puérperas.

VISITAS NUEVAS GESTANTE	72
-------------------------	----



GEOREFERENCIACIÓN GESTANTES I PA 2017

COMUNA	BARRIOS PERTENECIENTES	CASOS
1 CENTRO	Acacias, Bavaria, Blanco, Bogotá, Centro, Granada, La Magdalena, Los Almendros, Miraflores, Murillo Toro, San Antonio, San Antonio, San Miguel, Santander y Sucre.	9
2 SUR	Alto de la Cruz, Alto del Rosario, Alto de las Rosas, Bocas del Bogotá, Diez de Mayo, Divino Niño, El Porvenir, Parques B. del Bogotá, Puerto Cabrera, Puerto Monguí, Puerto Montero, Santa Mónica, Urbanización Tocarema y Veinte de Julio.	25
3 OCCIDENTE	Arrayanes, Buenos Aires, Cambulos La Esperanza, La Esperanza Etapa 4, La Colina, La Colina Campestre, La Colina Real, La Maravilla, Las Quintas, Las Mercedes, Los Mangos, Madeira, Meneses, Pozo Azul, Quinto Patio, Santa Helena, Santa Isabel, Vivisol.	9
4 NORTE	Ciudad Montes, Corazón de Cundinamarca, Condominio Montana, Diamante Central, Diamante Nororiental, Diamante Etapa 5, Esmeralda I Sector, Esmeralda Santa Rita, Solaris,	13
5 ORIENTE	Brisas del Bogotá, Cedro Villa Olarte, Corozo, Girasol, El Cedrito, El Cedro, El Peñón, Kennedy, Kennedy	11
6 VEREDAS	Barzalosa, Pla monte	5

VISITAS NUEVAS PUERPERAS

84 (85 RN)

GEOREFERENCIACIÓN PUERPERAS I PA 2017



GEOREFERENCIACIÓN PUERPERAS I PA 2017		
COMUNA	BARRIOS PERTENECIENTES	CASOS
1 CENTRO	Acacias, Bavaria, Blanco, Bogotá, Centro, Granada, La Magdalena, Los Almendros, Miraflores, Murillo Toro, San Antonio, San Antonio, San Miguel, Santander y Sucre.	14
2 SUR	Alto de la Cruz, Alto del Rosario, Alto de las Rosas, Bocas del Bogotá, Diez de Mayo, Divino Niño, El Porvenir, Parques B. del Bogotá, Puerto Cabrera, Puerto Mongul, Puerto Montero, Santa Mónica, Urbanización Tocarema y Veinte de Julio.	21
3 OCCIDENTE	Arrayanes, Buenos Aires, Cambulos La Esperanza, La Esperanza Etapa 4, La Colina, La Colina Campestre, La Colina Real, La Maravilla, Las Quintas, Las Mercedes, Los Mangos, Madeira, Meneses, Pozo Azul, Quinto Patio, Santa Helena, Santa Isabel, Vivisol.	9
4 NORTE	Ciudad Montes, Corazón de Cundinamarca, Condominio Montana, Diamante Central, Diamante Nororiental, Diamante Etapa 5, Esmeralda I Sector, Esmeralda Santa Rita, Solaris,	20
5 ORIENTE	Brisas del Bogotá, Cedro Villa Olarte, Corozo, Girasol, El Cedrito, El Cedro, El Peñón, Kennedy, Kennedy	12
6 VEREDAS	Barzalosa, Pia monte	8

Figura 3. Condensado visitas IPA 2017.



9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este análisis de resultados permite resaltar los datos que dan respuesta a los interrogantes planteados en el presente trabajo y permiten orientar acciones que benefician la realidad de las adolescentes y sus familias con hijos a temprana edad.

Por lo anterior se destacan los siguientes resultados:

- ❖ Determinantes sociales asociados a las gestaciones a temprana edad, al inicio sus relaciones sexuales, impacto de la gestación en la vida escolar y familiar del adolescente, apropiación de los cuidados en las adolescentes.
- ❖ En relación con las pautas de crianza también se llevó acabo sesiones de información, el cual busca orientar a las madres adolescentes en la definición de límites y normas en el manejo de la autoridad y autonomía en la crianza y cuidado de sus hijos con relación a la pareja, abuelos maternos y paternos y en algunos casos en familias extensas.
- ❖ Mediante la educación se logra evidenciar la comprensión de las adolescentes al referir ellas la importancia de los métodos de estimulación temprana (habla, caricias, gestos de amor, masajes de relajación, cuidados, alimentación) a través de los cuales pueden fortalecer los lazos afectivos madre-hijo-padre
- ❖ El comienzo de la vida sexual es iniciada sin haber recibido asesoría en salud sexual, ni iniciarse con métodos anticonceptivos, 74 de ellas (61,2%) desde su adolescencia temprana (12,13 años (11,6%)), y adolescencia media (14, 15, 16 años (77,7%)) siendo estas el (89,3%) de las gestantes adolescentes valoradas.

10. CONCLUSIONES

- ❖ La unidad amigable por medio de las visitas domiciliarias busca disminuir los embarazos a temprana edad, si ya la adolescente esta en gestación es importante evitar un embarazo subsecuentes en las adolescentes del municipio de Girardot-Cundinamarca.

- ❖ La unidad amigable por medio de las visitas domiciliarias busca disminuir la morbilidad materno extrema en las adolescentes del municipio de Girardot atraves de secretaria de salud, quien facilita las bases de datos para trabajar conjuntamente y de esta forma contribuir en pro del bienestar de las adolescentes.

- ❖ La unidad amigable por medio de las visitas domiciliarias busca informar sobre la importancia de seguir con el proyecto de vida de cada una de las madres adolescentes para que logren las metas propuestas antes de la gestación y después de ella.

- ❖ La unidad amigable por medio de las visitas domiciliarias busca educar sobre pautas de crianza para brindar herramientas de la forma correcta de la educación de sus hijos y su nuevo rol.

- ❖ La unidad amigable por medio de las visitas domiciliarias busca incentivar a las adolescentes a que conozcan los diferentes métodos de planificación y la importancia de la doble protección para prevenir infecciones de transmisión sexual.

11. LIMITACIONES

Las bases de datos que proporcionan la Secretaria de salud y las E.P.S no tienen la información completa de las gestantes y puérperas como dirección y número de teléfono entre otros datos, lo cual limita el acceso a estas adolescentes.

12. RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar seguimiento a todas las adolescentes gestantes y puérperas que se vincularon al programa de la unidad amigable.
- ❖ La universidad de Cundinamarca continúe con el apoyo económico para el transporte de los estudiantes a las visitas domiciliarias.
- ❖ Se recomienda no realizar visitas en barrios de alta peligrosidad (san miguel, las acacias I Y II, bocas del Bogotá) debido a que se expone la seguridad de los estudiantes y los equipos que se trasportan.
- ❖ Se recomienda que todas las adolescentes que estén durante el puerperio sean valorados por psicología, durante el primer año después de tener su hijo(a).
- ❖ Se recomienda hacer un seguimiento por promoción de la salud a las adolescentes hasta un año después de su parto con el fin de garantizar la adherencia a la anticoncepción
- ❖ En el instrumento de valoración de la puérpera hacer diferenciación entre el régimen de salud y la E.P.S en la que están aseguradas.

BIBLIOGRAFÍA

Documentos COMPES Social # 147 Consejo Nacional de Política Económica y Social Republica de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para el Desarrollo de una Estrategia Para la Prevención de un Embarazo en Adolescentes y la Promoción de Proyectos de Vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

Base de Datos Madres adolescentes escolarizadas y desescolarizadas. Segundo periodo Académico 2014. IONES

Plan decenal de salud pública 2012-2021.

SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD ENDS 1990 – 2010 “Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia” Investigadora principal: Carmen Elisa Flórez Investigadora: Victoria Eugenia Soto.

Norma 412/ 2000, Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años.

Teoría psicosocial del desarrollo humano de Erik Erickson http://www.networkpress.org/pdf/erik_erikson.pdf, Fecha de Consulta: septiembre 2012.

Encuesta nacional de demografía y salud 2015.

Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Segunda Edición, diciembre 2008

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

ANEXO A. FORMATO VALORACIÓN GESTANTE

Municipio: _____

Fecha de Visita: __//__//_____ Hora de Llegada: _____ Hora de Salida: _____

NOMBRES		APELLIDOS		EDAD
N°. DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		
TELÉFONO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN		
NIVEL SOCIOECONÓMICO	RÉGIMEN DE SALUD	EPS	IPS PRIMARIA	

ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA			
GRADO:	AUN ESTUDIA	SI: ___ NO: ___	ESCOLARIDAD:
MOTIVO DE RETIRO			

NOMBRE DEL PADRE		OCUPACIÓN	
ESCOLARIDAD			

NOMBRE DE LA MADRE		OCUPACIÓN	
ESCOLARIDAD		EDAD DE 1ra GESTACIÓN DE LA MADRE	

Patrón Reproductivo y Sexual

G	P	C	A	V	M	EGA
---	---	---	---	---	---	-----

¿PARA USTED QUE ES LA SEXUALIDAD?		¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SEXUALIDAD? SI ___ NO ___		¿QUIEN LE HA BRINDADO ESTA INFORMACIÓN?	
¿SABE EL RIESGO QUE GENERA EL INICIAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA A TEMPRANA EDAD? SI ___ NO ___		¿COMO CALIFICA LA INFORMACIÓN RECIBIDA? B ___ R ___ M ___		¿QUE EXITOS HA LOGRADO EN SU VIDA?	
CUALES					
¿CONSIDERA QUE PUEDE LOGRAR LO QUE SE PROPONE?				SI ___ NO ___	
¿Por qué?					
MENARQUIA		FUM		CICLO MENSTRUALES	
				FPP	
FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA		RESULTADO		FROTIS VAGINAL	
				SI ___ NO ___	
RESULTADO FV		DOSIS TD/TT ACTUAL EMB.		Edad G/1er. CONTROL	
Nº DE CONTROLES A LA FECHA		ANTICONCEPCION PREVIA AL EMBARAZO			
SI ___ NO ___		METODO		TIEMPO USO	
RECIBIO ALGUN TIPO DE ORIENTACION EN METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR				SI ___ NO ___	
QUIEN LE ORIENTO EN EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR		MAMA: ___ PAPA: ___ PROFESORA: ___ AMIGA: ___ ENFERMERA: ___ MEDICO: ___			
QUE LE DECIAN SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		A QUE EDAD FUE SU PRIMERA RELACION SEXUAL		QUE LA MOTIVO A INICIAR SU VIDA SEXUAL	
CON QUIEN INICIO SU VIDA SEXUAL		Nº DE PAREJAS PREVIAS AL EMBARAZO		TIEMPO DE RELACION CON EL PADRE DEL NIÑO	

PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO

TA:	PAM:	FC:	FR:	T°:
PULSOS PERIFÉRICOS:	PRESENTES	AUSENTES	INGURGITACION YUGULAR SI ___ NO ___	
CARACTERÍSTICAS DE LOS RUIDOS CARDIACOS:				
USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS:	SI ___	NO ___		
¿CUAL DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES USTED HA EVITADO DURANTE EL EMBARAZO?				
MONTAR EN MOTO	MONTAR EN BICICLETA	HACER EJERCICIO	COCINAR	
LAVAR ROPA	COITO	OTRO		
REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA:				

PRESENCIA DE EDEMA- SI ___ NO ___
PATRÓN PERCEPCIÓN Y MANEJO DE SALUD

UBICACIÓN DEL EDEMA-

ALCOHOL (marque con una X antes del embarazo o durante el embarazo en caso de consumo)		TABAQUISMO (marque con una X antes del embarazo o durante el embarazo en caso de consumo)	
ANTES	DURANTE	ANTES	DURANTE
No. AL DÍA	No. AL DÍA	CANTIDAD	CANTIDAD
SUSTANCIA PSICOACTIVA (marque con una X antes del embarazo o durante el embarazo en caso de consumo)		No. DE COMPANEROS SEXUALES DESDE EL INICIO DE SU VIDA SEXUAL	
ANTES	DURANTE		
CUAL	CUAL		
LE OFRECIERON LA PRUEBA DE DETECCIÓN VIH	RECIBIO ASESORIA PRE-TEST VIH	ACEPTO PRUEBA VIH	RESULTADO DE LA PRUEBA VIH
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	
RECIBIO ASESORIA POS TEST			
SI ___ NO ___			

FRENTE A ESTAS MOLESTIAS, ¿HA ASISTIDO A LA INSTITUCION DE SALUD?

SI	NO	escriba el motivo por el cual ha asistido o no a la institucion de salud:

SI TIENE HIJOS MENORES DE DIEZ ANOS (marque con una X las opciones coloreadas de acuerdo a las prácticas de autocuidado con sus hijos)	SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE SENO
NUMERO DE HIJOS _____ ASISTIO A CCYD EN EL ULTIMO AÑO - SI ___ NO ___	

SI ___ NO ___
¿Cada cuánto?

PATRÓN ROL RELACIONES

EDAD DEL COMPANERO	OCUPACION DEL COMPANERO
NIVEL ESCOLARIDAD	ACTUALMENTE ESTUDIA SI ___ NO ___
GRADO	I. EDUCATIVA

CONVIVENCIA FAMILIAR (marque con una X UNA única opción)

FAMILIA DEL COMPANERO ___	CON EL COMPANERO ___	CON SU FAMILIA ___	CON SU FLIA. Y COMPANERO ___
FAMILIA DEL COMPANERO Y EL COMPANERO ___	VIVE SOLA ___	OTRO/CUAL	
DIFICULTAD EN LA RELACION CON LA MADRE O PADRE		Escriba el Por qué?	
		Escriba el Por qué?	

¿HA TENIDO MOLESTIAS ULTIMAMENTE?

- a. Cefaleas intensa ___
- Nauseas/Vomito ___
- Fosfenos ___
- Tinitus ___
- e. Disminución o ausencia de movimientos fetales ___
- Dolor abdominal ___
- g. Pérdida de líquido o sangre ___
- Molestias urinarias ___
- Flujo ___
- Epigastralgia ___

- b. ___
- c. ___
- d. ___
- f. ___
- h. ___
- i. ___
- j. ___

DIFICULTAD EN LA RELACION DE PAREJA	
-------------------------------------	--

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

SITUACION	OBSERVACIONES
¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo desde que se enteró de su embarazo? SI ___ NO ___	Escriba el Porqué del SI o NO?
¿Se siente querida por lo demás?	Escriba el Porqué del SI o NO?

PATRÓN DE ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

SITUACION	OBSERVACIONES
EMBARAZO DESEADO SI ___ NO ___	Escriba el Porqué del SI o NO?
TENSION EMOCIONAL Este síntoma puede ser identificado por la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores: Llanto Fácil ___ Tensión muscular ___ Sobresalto ___ Temblor ___ Incapaz de relajarse ___ No poder quedarse en un solo sitio ___	Describe la frecuencia e intensidad del episodio.

JORNADAS LABORALES NOCTURNAS	
------------------------------	--

PATRÓN ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL

Describe su patrón de eliminación urinaria:	¿Cómo realiza su higiene genital después de orinar?
FRECUENCIA	Hacia adelante: ___
CARACTERISTICAS	Hacia atrás: ___
MOLESTIAS	
describe su patrón de eliminación Intestinal:	
FRECUENCIA	HA PRESENTADO ESTREÑIMIENTO DURANTE LA GESTACION
CARACTERISTICAS	HA PRESENTADO DIARREA DURANTE LA GESTACION
MOLESTIAS	

PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

PESO PREG. O DEL I TRIMESTRE				ACTUAL	
TALLA	PESO	PESO:	TALLA:		
BAJO PESO	NORMO PESO	SOBRE PESO	OBEESIDAD	IMC:	
CONSUMO DE MICRONUTRIENTES (marque con una X si se los han prescrito y los consume)					
HIERRO	ACIDO FOLICO	CALCIO			

1. De los prescritos, ¿cuáles y como los consume?

SINTOMA DE HUMOR DEPRESIVO. Este síntoma puede ser identificado por la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores: Insomnio ___ Falta de Interés ___ No disfruta de pasatiempos ___ Depresión ___ Variaciones de Humor ___			Describe la frecuencia e intensidad del episodio.
SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS. Este síntoma puede ser identificado por la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores: Transpiración excesiva ___ Boca seca ___ Rubor o Palidez ___ Cefalea de tensión ___			Describe la frecuencia e intensidad del episodio.

PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO

CUANTAS HORAS DUERME	DIURNAS _____ NOCTURNAS _____
¿TRABAJA? ¿DONDE?	SI ___ NO ___
¿SE ENCUENTRA DESCANSADA Y PREPARADA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DESPUES DE DORMIR?	PORQUE
SUFRE DE INSOMNIO	describe las situaciones que lo aumentan o disminuyen
SI ESTUDIA ¿JORNADAS DE ACADEMIA?	describe el número de horas y lugar de academia
JORNADAS LABORALES PROLONGADAS	Escriba el número de horas y lugar de trabajo
	Escriba el número de horas y lugar de trabajo

2. En caso de no consumirlos, ¿porque no lo hace?

¿Con qué frecuencia Visita el odontólogo?	La Higiene dental es
	APROPIADA
	INAPROPIADA

CARACTERISTICAS DE LA PIEL:

CARACTERISTICAS UNAS Y CABELLO:

CARACTERISTICAS MUCOSAS:

GESTACION

CUANTOS MESES DE EMBARAZO TIENE	QUE LA MOTIVO A EMBARAZARSE
---------------------------------	-----------------------------

CUAL ERA SU PROYECTO DE VIDA ANTES DEL EMBARAZO	
CUAL ES SU PROYECTO AHORA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD DE SU MATERNIDAD	
QUÉ ASPECTOS CAMBIARON EN SU VIDA CON EL EMBARAZO	
CÓMO SE ENTERÓ DE SU EMBARAZO	EN ALGUN MOMENTO PENSÓ EN ABORTAR ¿Por qué?
CÓMO LE INFORMÓ A SU PAREJA Y FAMILIA	CÓMO SE SIENTE EN EL CONTEXTO ESCOLAR EN SU ESTADO (EMBARAZO, POS-PARTO, LM)
SE SIENTE O SE SINTIÓ DISCRIMINADA DE ALGUNA FORMA:	A QUÉ INSTITUCIONES ASISTE A LOS CONTROLES PRENATALES

VALORACION OBSTETRICA

VALORACION MAMAS

--

HALLAZGOS INSPECCION DEL ABDOMEN

ALTUR UTERINA: _____



MANIOBRAS DE LEOPOLD

MANIOBRA N° 1 **MANIOBRA N° 2**

MANIOBRA N° 3 **MANIOBRA N° 4**

|

FCF: _____

OBSERVACIONES DELA GESTANTE

ANEXO B. FORMATO VALORACIÓN PUÉRPERA

I

Nota: al registrar el formato colocar en los espacios del **SÍ** o **NO** y en las preguntas cerradas una **X** y especificar en las observaciones si es necesario.

Fecha de Visita: ___/___/___ Hora de Llegada: _____ Hora de Salida: _____

1. IDENTIFICACION

Nombres y Apellidos completos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____/___/___ Edad: _____

Tiempo de puerperio: _____ Estado civil: Soltera: ___ Casada: ___ Unión libre: ___ Otro: _____

Nº de documento de identidad: _____ Régimen Salud: S: ___ C: ___ V: ___

Aseguradora: _____ IPS Primaria: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Dirección Residencia: _____ Teléfono: _____ Estrato: _____

Vivienda: Propia: ___ Arrendada: ___ Material en que está construida la vivienda: _____

Cuenta con Servicio de alcantarillado: Sí: ___ No: ___ Cuenta con acueducto: Sí: ___ No: ___

De donde Obtiene el agua para el consumo: Acueducto: ___ Nacedero: ___ Agua Lluvia: ___

Antecedentes socioeconómicos:

Ingreso familiar: Trabajo temporal: Sí: ___ No: ___ Fijo: Sí: ___ No: ___ Cual: _____

Con quien vive: Pareja: ___ Padres: ___ Abuelos: ___ Otro: ___ Cual: _____

ANTECEDENTES:

✓ **OBTETRICIOS:** G: ___ P: ___ C: ___ A: ___ V: ___ M: ___

✓ **PERSONALES:**

Quirúrgicos: _____

Patológicos: _____

Alérgicos: _____

Tóxicos: _____

✓ **FAMILIARES**

PATRÓN PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

Como califica su estado de Salud actualmente: Bueno: ___ Regular: ___ Malo: ___

Porque: _____

Asistió al control prenatal: Sí: ___ No: ___ IPS: _____ Nº de controles: _____

Inició: 1er trimestre: ___ 2do trimestre: ___ 3er trimestre: ___

Durante el control prenatal fue informada del control post parto: Sí: ___ No: ___ De quien: _____

Asistió al curso psicoprofiláctico: Sí: ___ No: ___ Institución: _____

Recibió tratamiento médico durante la gestación: Sí: ___ No: ___

Por que: _____

Cual: _____ Fuma: Sí: ___ No: ___ Nº de cigarrillos al día: ___ Consume bebidas alcohólicas: Sí: ___ No: ___

Frecuencia: _____ Consume sustancias Psicoactivas: Sí: ___ No: ___

Frecuencia: _____ Se le administró la vacuna contra el Toxide Tetánico: Sí: ___ No: ___ Fecha: _____

Otra: _____

Cual: _____

PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Peso: ___ Kg. Talla: ___ cm I.M.C. ___ Kg/M2

Alimentos que consume:

Desayuno	
Onces	
Almuerzo	
Onces	
Cena	

Que alimentos cree que le hacen daño:

Que alimentos son de su preferencia:

Como es su apetito: Bueno: ___ Regular: ___ Malo: ___

Toma algún tipo de suplemento: Vitaminas: ___ Micro nutrientes: _____

Hierve el agua que consume: Sí: ___ No: ___ Cuantos vasos de agua consume al día: _____

Color de piel: Rosada ___ Pálida ___ Cianótica ___ Higiene Buena ___ Regular ___ Mala ___

Cesárea: Sí: ___ No: ___ Tipo de Cesárea: Pfannesstiel/transversal baja ___

Vertical/mediana infraumbilical ___ Características de herida: Secreción ___ Rubor ___

Edema ___ Calor local ___

PATRÓN ELIMINACION URINARIA E INTESTINAL

Características de la orina: Color: _____

Cantidad: Escasa ___ Moderada ___ Abundante ___ Frecuencia urinaria ___ veces al día

Molestias al orinar: Sí: ___ No: ___ Oliguria ___ Poliuria ___ Disuria ___

Ha presentado Infecciones urinarias: Sí: ___ No: ___ Recibió tratamiento: Sí: ___ No: ___

INVOLUCION UTERINA

Firmeza del útero: Si: ___ No: ___ Altura del fondo uterino: Supra umbilical ___ Umbilical ___
Infraumbilical ___ Loquios: Cantidad ___ Color ___ Olor ___

Piensa usted que su sangrado vaginal es normal: Si: ___ No: ___
Cuantas veces al día realiza el cambio de toalla higiénica: ___ Entuertos Si: ___ No: ___

EPISIORRAFIA

Características y /o desgarro: Deshidratación de sutura ___ Secreción Sí ___ No ___ Rubor ___ Edema ___
Dolor ___ Hematoma ___ Conoce los cuidados que se debe realizar con la episiorrafia: Si: ___ No: ___

Cuales

Prolapso Si: ___ No: ___

ANTICONCEPCION

Ha recibido consejería en planificación familiar: Si: ___ No: ___ De quien:

Uso métodos de planificación antes de estar en gestación: Si: ___ No: ___ Cual: ___
¿cómo lo utilizaba?:

Cual método desea utilizar

Conoce en qué momento debe iniciar la anticoncepción Si: ___ No: ___
Conoce cuando debe iniciar las relaciones sexuales Si: ___ No: ___ Cuando:

Que temores tiene para iniciar la relación sexual:

PATRON AUTOPERCEPCION Y AUTOCONCEPTO

¿Se siente feliz por el nacimiento de su hijo? Si: ___ No: ___
Porque

¿Tiene apoyo de su pareja? Si: ___ No: ___ ¿Tiene apoyo de su familia? Si: ___ No: ___
¿Auto imagen frente a los cambios durante el puerperio? B ___ R ___ D ___ Observación:

¿A quién le pide ayuda cuando la necesita? Pareja ___ Padres ___ Amigos ___ Otros ___

Ha sentido situaciones difíciles actualmente: Si: ___ No: ___
Cuales

VALORES Y CREENCIAS

Que costumbres tiene con respecto al cuidado durante el puerperio

Tiene alguna creencia con respecto al cuidado con el recién nacido Si: ___ No: ___
Cual

Cree usted que debe tener alguna precaución relacionada con el puerperio para hacer actividades de la vida diaria Si: ___ No: ___ Porque

DESCRIBA LAS CONDICIONES GENERALES DEL SECTOR DE RESIDENCIA DE LA ADOLESCENTE

VALORACION DEL RECIEN NACIDO

Nombre: _____ Sexo: F
_____ M _____

Lugar, fecha y hora nacimiento: _____ // //

Medidas Antropométricas al Nacer: Peso: ___ Kg Talla: ___ Cm.

Vacunas: BCG: Sí ___ No ___ Hepatitis B: Sí ___ No ___
Porque:

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS ACTUALES

Peso: ___ Kg Talla: ___ cms PC: ___ cms PT: ___ cms PA: ___ cms F.R: ___ resp x min
F.C: ___ lat x min T: ___ °C

¿Qué es lo que más le preocupa en esta etapa de tu vida?

Toma sus propias decisiones: Siempre ___ Algunas veces ___ Nunca ___
¿Qué éxitos ha logrado en su vida?

¿Considera que puede lograr lo que se propone? Si ___ NO ___ ¿Por qué?

PATRON RELACION CON EL ROL

Acepta y asume el nuevo rol como madre Si: ___ No: ___ Porque

Considera que su rol de madre le ha obstaculizado sus planes Si: ___ No: ___ Cuales

Actualmente tiene una relación de pareja Si: ___ No: ___
Siente apoyo afectivo del padre de su hijo Si: ___ No: ___
Porque

Que otra persona considera usted son un apoyo para la crianza de su hijo:
Padres ___ Hermanos ___ Amigos ___ Otros ___ Cual:

Qué momento del día comparte con su hijo: Mañana ___ Tarde ___ Noche ___
Acaricia a su hijo: Si: ___ No: ___ Le habla: Si: ___ No: ___ Porque

Le expresa que lo ama Si: ___ No: ___ En qué forma

El cuidado de su hijo está a cargo de: Propio ___ Abuelos ___ Hermanos ___ Otros ___
Quienes

TOLERANCIA Y ENFRENTAMIENTO AL ESTRÉS

Se siente:
Nerviosa Si: ___ No: ___ Angustia Si: ___ No: ___ Tensa Si: ___ No: ___ Aburrida Si: ___ No: ___

ASPECTO GENERAL

Higiene: Adecuada: ___ Inadecuada: ___ Piel: Color: Rosada ___ Ictérico ___ Textura: Lisa ___
Seca ___ Descamación ___ Hidratación: Buena Si: ___ No: ___ Vermix Caseoso Si: ___ No: ___
Eritema tóxico Si: ___ No: ___ Lesiones Si: ___ No: ___ Que tipo
Erupción o pigmentación Si: ___ No: ___ Características:

ABDOMEN

Forma: ___ Simétrico: Si: ___ No: ___ Muñon umbilical: Signos de infección Si: ___
No: ___ Edema Si: ___ No: ___ Eritema Si: ___ No: ___ Calor local Si: ___ No: ___ Secreción
Si: ___ No: ___ Ruidos intestinales: Presentes ___ Ausentes ___ Higiene Adecuada Si: ___ No: ___

Cual: _____ Olor de la orina: Frutas: _____
Como es su higiene después de orinar: Hacia adelante: _____ hacia atrás: _____ Retención _____

Características de la deposición: Normal _____ Presenta diarrea: Si: _____ No: _____
Presenta estreñimiento: Si: _____ No: _____ Hace cuanto _____
Frecuencia deposiciones _____ veces al día
En caso de estreñimiento ha utilizado algún medicamento Si: _____ No: _____ Cual _____

En caso de diarrea ha utilizado algún medicamento Si: _____ No: _____ Cual _____

Presenta hemorroides Si: _____ No: _____ Hace cuanto _____

PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO

F.R. _____ resp x min F.C. _____ lat. x min T.A. _____ mmHg T° _____ °C
Pulsos: Presente: _____ Disminución: _____ Ausentes: _____ Especifique lugar y características: _____

Ruidos Cardíacos: Normales: _____ Anormales: _____ Características: _____

Ubicación: _____

Ruidos Respiratorios: Normales: _____ Anormales: _____ Características: _____

Presencia de tos: Si: _____ No: _____ Tiempo de evolución _____ Expectoración: Si: _____ No: _____ Características: _____

Deambulación Si: _____ No: _____ Postura: Normal _____ Algica _____ Llenado Capilar _____ seg

Presencia de Varices: Si: _____ No: _____

Que tipo de ejercicios realiza en el puerperio: _____

Tiene energía para realizar ejercicios que debe y desea cumplir: Si: _____ No: _____
Cual: _____

Practica algún deporte: Si: _____ No: _____ Cual: _____

Presencia de Edema en miembros inferiores: Si: _____ No: _____

PATRÓN DE DESCANSO Y SUEÑO

Cuántas horas acostumbra a dormir: Diurna: _____ Nocturna: _____ Total día: _____

Presenta dificultad para conciliar el sueño: Si: _____ No: _____ Porque _____

Requiere algún medicamento o remedio casero para conciliar el sueño? Si: _____ No: _____

Cual: _____

Ha logrado dormir y descansar después del parto? Si: _____ No: _____
Porque: _____

En que ocupa su tiempo libre: _____

PATRÓN COGNOSCITIVO PERCEPTUAL

Nivel de conciencia: _____ Orientación: _____

Memoria: Conservada Si: _____ No: _____ Porque _____

Juicio y raciocinio Si: _____ No: _____ Porque _____

Movimientos oculares Normal _____ Anormal _____
Agudeza visual: Utiliza gafas Si: _____ No: _____ Causa _____

Valoración auditiva Buena _____ Regular _____ Mala _____

PATRÓN REPRODUCTIVO SEXUAL

¿Para usted que es la sexualidad? _____

¿Ha recibido información sobre temas de sexualidad? Si: _____ NO: _____

¿Quién le ha brindado esta información? _____

¿Sabe el riesgo que genera el iniciar una vida sexual activa a temprana edad? Si: _____ NO: _____
Cuales: _____

¿Cómo califica la información recibida? Buena _____ Regular _____ Mala _____

Edad Gestacional al Parto _____

Recibió orientación durante la gestación para la lactancia Si: _____ No: _____

Amamanta a su bebé: Si: _____ No: _____ Porque _____

Conoce la forma de amamantar Si: _____ No: _____ Cuales: _____

Conoce las ventajas de la lactancia Si: _____ No: _____ Cuales _____

Características del pezón: Plano _____ Corto _____ Invertido _____ Protráctil (evertido) _____

Ha sufrido molestias con la lactancia Si: _____ No: _____ Cuales _____

Ha sentido situaciones difíciles actualmente: Si: ___ No: ___
Cuales: _____

VALORES Y CREENCIAS

Que costumbres tiene con respecto al cuidado durante el puerperio

Tiene alguna creencia con respecto al cuidado con el recién nacido Si: ___ No: ___
Cual: _____

Cree usted que debe tener alguna precaución relacionada con el puerperio para hacer actividades de la vida diaria Si: ___ No: ___ Porque _____

DESCRIBA LAS CONDICIONES GENERALES DEL SECTOR DE RESIDENCIA DE LA ADOLESCENTE

VALORACION DEL RECIEN NACIDO

Nombre: _____ Sexo: F
_____ M _____

Lugar, fecha y hora nacimiento: _____, ____/____/____

Medidas Antropométricas al Nacer: Peso: ___ Kg Talla: ___ Cm.

Vacunas: BCG: Sí ___ No ___ Hepatitis B: Sí ___ No ___
Porque: _____

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS ACTUALES

Peso: ___ Kg Talla: ___ cms PC: ___ cms PT: ___ cms PA: ___ cms F.R: ___ resp x min
F.C: ___ lat. x min T: ___ °C

ASPECTO GENERAL

Higiene: Adecuada: ___ Inadecuada: ___ Piel: Color: Rosada ___ Ictérico ___ Textura: Lisa ___
Seca ___ Descamación ___ Hidratación: Buena Si: ___ No: ___ Vermix Caseoso Si: ___ No: ___
Eritema tóxico Si: ___ No: ___ Lesiones Si: ___ No: ___ Que tipo _____

Erupción o pigmentación Si: ___ No: ___ Características: _____

ABDOMEN

Forma: _____ Simétrico: Si: ___ No: ___ Muñon umbilical: Signos de infección Si: ___
No: ___ Edema Si: ___ No: ___ Eritema Si: ___ No: ___ Calor local Si: ___ No: ___ Secreción
Si: ___ No: ___ Ruidos intestinales: Presentes ___ Ausentes ___ Higiene Adecuada Si: ___ No: ___

ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

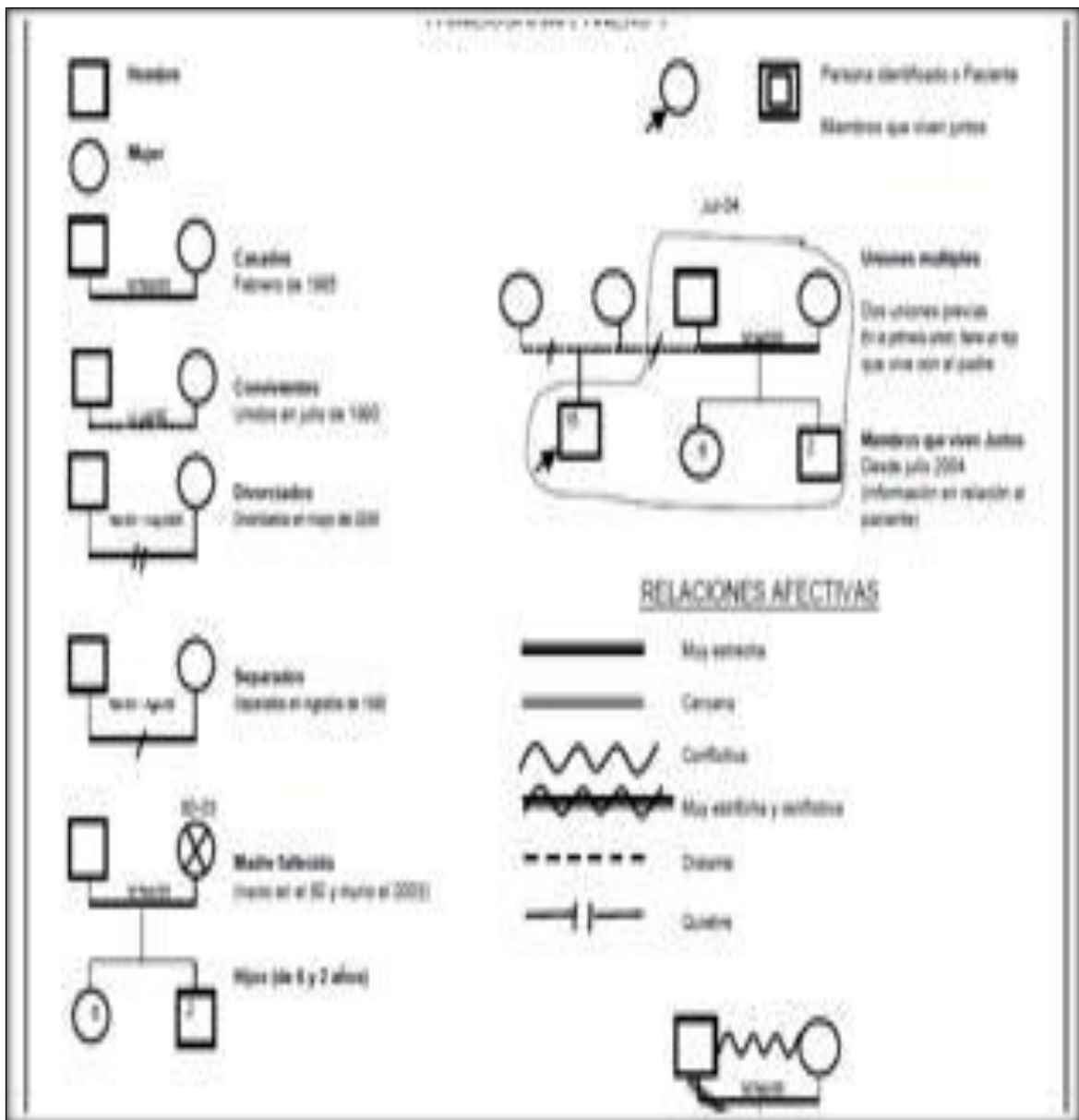
OBJETIVO: Lograr que las adolescentes o padres de familia permitan la viabilidad del proceso de recolección de datos necesarios para la investigación "MADRES ADOLESCENTES UN RETO SOCIAL DE LA ACADEMIA", para realizar la recolección se requiere Autorización de la adolescente o padre de familia acudiente.

Yo, _____ como _____ Identificado con _____
N° _____ de _____ Autorizo a las enfermeras en
formación del programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca para
Realizar la entrevista a _____ cuya
información quedara consignada en la ficha que hará parte de la Historia Clínica de
la gestante; Identificada con documento _____ N° _____, dirección
_____ teléfono _____

FIRMA DE ACUDIENTE

FIRMA ADOLESCENTE

ANEXO D. FAMILIOGRAMA

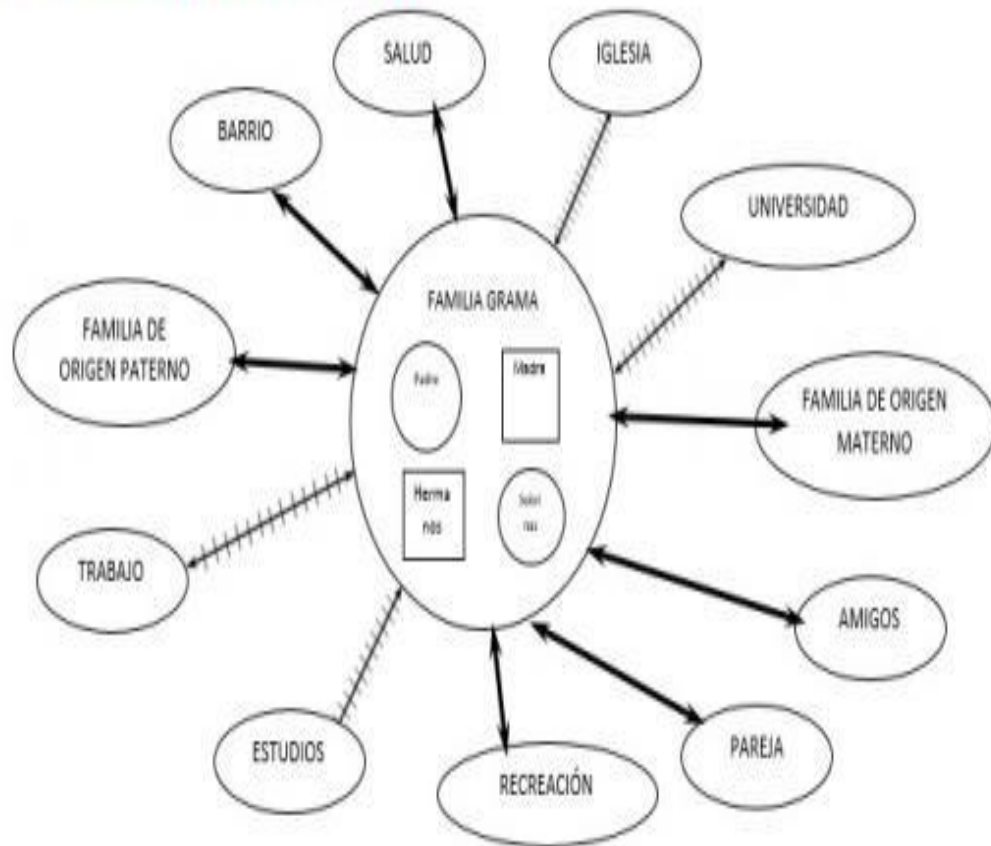


ANEXO E. ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL

	CLASIFICACIÓN	PUNTOS	PUNTUACIÓN
HISTORIA REPRODUCTIVA			
Edad	<16 años	1	
	16-35 años	0	
	>35 años	2	
Paridad	0	1	
	1 – 4	0	
	>4	2	
Cesaría previa		1	
Preclamsia o hipertensión		1	
Abortos recurrentes o infertilidad		1	
Hemorragia postparto o remoción			
Manual de placenta		1	
Peso del recién nacido	<2,500 g o 4,000 g	1	
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1	
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1	
Cirugía ginecológica previa		1	
EMBARAZO ACTUAL			
Enfermedad renal crónica		2	
Diabetes gestacional		2	
Diabetes preconcepciones		3	
Hemorragia	<20 semanas	1	
	>= 20 semanas	2	
Anemia	(Hb <10 g/l)	1	
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1	
Hipertensión arterial		2	
Polihidramnios		2	
Embarazo múltiple		3	
Presentación de frente o transversa		3	
Isoinmunización		3	
RIESGO PSICOSOCIAL			
Ansiedad severa		1	
Soporte social familiar inadecuado		1	
TOTAL			

ANEXO F. ECOMAPA

6.- ECOMAPA FAMILIAR



ANEXO G. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE:

EDAD:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

PATRÓN ALTERADO	DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	DE INTERVENCIONES ENFERMERÍA

**ANEXO H. FORMATO VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO A LAS
GESTANTE ADOLESCENTES, PUÉRPERAS, RECIÉN NACIDO Y/O
LACTANTE DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT**

Nombres	Apellidos	Identificación	Edad	Visita	Firma